Rok XLIV. Kraków 7 Stycznia 1905. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

Umiejętność usuwania ze świata zewnętrznego czynników zakażających, a przez to i zapobieganie zakażeniu ran, zadawanych przez chirurgów, doprowadziliśmy do stopnia bardzo wysokiego. Opanowaliśmy pod tym względem świat zewnętrzny prawie zupełnie. Na powstanie i rozwój zakażenia przyrannego ma jednak wpływ i sam ustrój ludzki, względnie zwierzęcy, a nietylko to, co wchodzi w styczność z raną ze świata zewnętrznego.

Własność niedopuszczania do rozwoju ogólnego miejscowo już dokonanego zakażenia, względnie zdolność leczenia zakażeń miejscowo lub ogólnie rozwiniętych, jest właściwą każdemu ustrojowi zwierzęcemu. Względem poszczególnych zarazków niejednakowo zachowują się jednak poszczególne ustroje. Różnice, jakie tu zachodzą, są ogromne. Przypominam n. p. nas chirurgów bliżej obchodzącą nadzwyczaj dużą odporność na zakażenie pierwiastkami ropotwórczymi otrzewnej psa i znacznie większą jej wrażliwość u koni i królików. Ta wrodzona odporność osobnicza jest właściwie miarodajnym czynnikiem w zapobieganiu i leczeniu zakażeń przyrannych. Wyjałowienie czynników, wchodzących w styczność z raną z zewnątrz, nie wystarczy jeszcze na to, by uniknąć zakażenia. Najbardziej energiczne i fachowe leczenie zakażenia miejscowego nie zapobieże zakażeniu całego ustroju, jeżeli ten ustrój będzie pozbawiony odporności i osobniczej zdolności leczniczej.

W pewnych stanach chorobowych wspomniane właściwości zanikają w mniejszym lub większym stopniu, n. p. w cukrzycy. Operowanie jednostek, podległych takiej chorobie, jest związane z ogromnem niebezpieczeństwem, z powodu łatwości, z jaką powstają u nich zakażenia przyranne, prowadzące często do zakażenia ogólnego i zejścia śmiertelnego, pomimo postępowania ściśle bezgnilnego.

O czynnikach, wchodzących tu w grę, wiemy do dziś dnia stosunkowo bardzo niewiele. Starania nasze w celu sztucznego podniesienia odporności wrodzonej i zdolności leczniczej ustroju ludzkiego w walce z chorobami zakaźnemi uwieńczone zostały wynikami dodatnimi w stopniu bardzo nieznacznym. O wynikach poważniejszych możemy mówić tylko o tyle, o ile się one tyczą doświadczeń na zwierzętach. Zwycięstwo jednak, jakie odnieśliśmy w walce z błonicą, rozstrzyga sprawę zasadniczo i wskazuje nam przynajmniej jedną z dróg, którą mamy iść dla podniesienia i odporności osobniczej i własności leczniczych ustroju ludzkiego. Dla nas chirurgów najważniejszą jest naturalnie sprawa zakażeń drobnoustrojami ropotwórczymi. W pracowniach doświadczalnych doszliśmy już do pewnych wyników dodatnich, uodparniając poszczególne zwierzęta surowicami swoistemi przeciwko zakażeniom odnośnymi drobnoustrojami, jak również lecząc z wynikiem dodatnim już powstałe zakażenia.

Praca niniejsza jest wyrazem prób stosowania u ludzi wyników, otrzymanych w pracowniach doświadczalnych, pod względem uodparniania przeciwko chorobom zakaźnym i leczenia jej u zwierząt. Mówimy naturalnie tu tylko o chorobach zakaźnych chirurgicznych, przyrannych.

Za punkt wyjścia służyła myśl profesora Kadera, czy nie możnaby było znaleźć środka, względnie sposobu nieswoistego uodporniającego ustrój ludzki przeciwko zakażeniu, wywołanemu dowolnym drobnoustrojem ropotwórczym, ewentualnie podnoszącego zdolności lecznicze ustroju do wysokości rozstrzygającej. Dopiero wówczas moglibyśmy walczyć skutecznie z nieprzyjacielem, który ustrojem naszym bądź już zawładnął, bądź zawładnąćby mógł. Rozwiązanie sprawy tej w całości, t. j. rozwiązanie wszystkich wchodzących tu w grę czynników poszczególnych, jest dziś jeszcze niemożebnem.

Z ogromnej całości postanowiłem przedewszystkiem zbadać doświadczalnie jedną małą część: sprawę zakażania otrzewnej królika paciorkowcami, czyniąc próby kliniczne zależnemi od wyników tych doświadczeń.

Doświadczenia moje, ogłoszone jeszcze w roku 1902 w Nr. 49 „Przeglądu lekarskiego“, w krótkich słowach powtarzam. Tyczyły się one sposobu zapobiegania powstawaniu, a w razie powstania sposobu leczenia paciorkowcowego zapalenia otrzewnej królika zapomocą środków nieswoistych, a także surowicy swoistej.

Króliki zakażane były do otrzewnej jedną i tą samą minimalną śmiertelną dawką nadzwyczaj jadowitej hodowli paciorkowców.

Z szeregu doświadczeń (po szczegóły odsyłam do wzmiankowanej pracy) okazało się, że u królików zarówno środki swoiste, jak wyżej już wymieniona surowica, a także nieswoiste, jak zwykły pożywkowy bulion peptonowy, mogą mieć wpływ dodatni na przebieg zakażenia w roli dwojakiej: 1) jako środek ochronny (bulion i surowica swoista) i 2) jako środek leczniczy (surowica swoista).

Jako środek ochronny wystarczało użycie śródotrzewnowe na 24 godziny przed zakażeniem lub z niem jedno-

cześnie 2 ctm. sz. zwykłego bulionu peptonowego, albo swoistej surowicy. Do wstrzykiwania podskórnego używałem w tym samym celu tylko swoistej surowicy: 4 sz. ctm. jej chroniło zwierzę od śmiertelnej dawki hodowli paciorkowców.

W celach leczniczych wystarczało zawsze prawie dla otrzymania dodatniego wyniku wstrzyknięcie śródotrzewnowe lub podskórne swoistej surowicy w ilości około 5 sz. ctm., nie później jednak, jak 8 do 10 godzin po zakażeniu. Przekonałem się przytem, że w celach leczniczych zastosowanie surowicy podskórnie jest lepsze i pewniej prowadzi do celu.

Próbowałem również wstrzykiwań śródżylnych; zostałem jednak zmuszony ich zaniechać, a to dlatego, że 2 ctm. sz. wzmiankowanej surowicy stale wystarczały, ażeby w przeciągu paru minut u każdego w ten sposób leczonego królika wywołać nagłą śmierć. Prawdopodobnie następowało to wskutek działań hemolitycznych i pojawiania się we krwi zwierząt istot, działających trująco na ośrodki, niezbędne dla życia. Zator powietrzny był z całą pewnością wykluczony we wszystkich przypadkach.

Za najwybitniejszy wynik doświadczeń moich, uważam możebność sztucznego uodpornienia otrzewnej zwierzęcia przez stosowanie środków nieswoistych o tak wysokiej potencyi, że ustrój ten nie dopuszczał wcale do rozwoju zakażeń otrzewnej, dokonywanych bezwzględnie śmiertelną dawką pożywki paciorkowców.

Niemniej ważny dla następnego zastosowania go u ludzi jest i ten fakt, że środek uodparniający, w razie stosowania go podskórnie, działał uodparniająco nietylko równie dobrze, ale jeszcze skuteczniej, niż w przypadkach, w których wstrzyknięto go wewnątrz otrzewnej. Pozwala to nam dojść do wniosku, że chodzi tu nietylko o czysto miejscowe zmiany warunków, ale także o zwiększenie odporności całego ustroju.

Wobec faktów tych stosowanie tych samych zasad i środków uodparniających i leczniczych i u ludzi narzucało się samo przez się. Przystąpiliśmy też do tego w klinice naszej już w roku szkolnym 1902/3.

W pierwszej linii uwzględniliśmy operacye brzuszne. Operacye te w ręku chirurga, stojącego na wysokości nowoczesnej aseptyki, dają wprawdzie pod względem niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej przez sam zabieg wyniki najzupełniej zadowalniające, niejednokrotnie jednak mamy do czynienia z chorobami, w których w chwili, kiedy przystępujemy do zabiegu operacyjnego, zakażenie otrzewnej jest już dokonane, albo właśnie powstaje w czasie samego zabiegu. N. p. zapalenie wyrostka robaczkowego, — jak wogóle operacye z powodu zapaleń otrzewnej, potem niedrożność wewnętrzna, różne operacye jelitowe i żołądkowe i t. d. W razach takich podniesienie odporności chorego może rozstrzygać o wyniku zabiegu operacyjnego i przebiegu choroby.

W dalszym ciągu, otrzymawszy wyniki dodatnie w chorobach jamy brzusznej, zaczęliśmy stosować surowicę i w innych przypadkach zakażeń przyrannych i innych, bez względu na to, jakie drobnoustroje powodowały to zakażenie.

Używaliśmy głównie surowicy przeciw paciorkowcowej, wyrabianej w instytucie prof. Bujwida w Krakowie, oprócz tego stosowaliśmy surowicę wyrabianą przez prof. Paltaufa w Wiedniu i surowicę, Marmorka z Paryża. Ze środków nieswoistych używaliśmy wyjałowionego 0,7% roztworu soli kuchennej i bulionu pożywkowego.

Surowicę stosowaliśmy w 16 przypadkach zakażeń septycznych.

5 razy w przypadkach zapalenia ucha środkowego, powikłanych z zapaleniem ropnem wyrostka sutkowego, zakrzepem w zatokach mózgowych, z ropnem zapaleniem opon mózgowych, w których doszło do zakażenia ogólnego.

4 razy w sprawach septycznych ogólnych: 3 — w sprawach spowodowanych zakażeniem ran po przypadkowym urazie na kończynach i w zakażeniu przyoperacyjnem.

4 razy przy przepuklinach uwięzniętych, z nich 2 przypadki powikłane z widocznemi zmianami w otrzewnej (w jednym z nich wykazano paciorkowca w płynie wysiękowym jamy otrzewnowej).

3 razy przy innych operacyach w jamie brzusznej, z nich jedna z wyraźnie klinicznie stwierdzonem zapaleniem otrzewnej po operacyi.

Z 16 przypadków tylko w trzech nie otrzymaliśmy żadnego działania środka na przebieg choroby.

Wzięta w stosunku odsetkowym kwestya ta przedstawia się następująco:

na 16 przypadków — w 3 nie zauważono żadnego działania, a więc w 18,45%;

w 6 przypadkach spostrzegano polepszenie stanu ciepłoty samej, lub też ciepłoty, tętna i niektórych objawów podmiotowych, jednak bez rozstrzygającego wpływu na przebieg samej choroby, a więc w 37,50%;

w 7 przypadkach udało się stwierdzić wpływ dobroczynny nietylko na poszczególne objawy chorobowe, ale i na pomyślny przebieg podstawowego cierpienia, a więc w 43,75%.

Przy szczegółowem badaniu wpływu surowicy na chory ustrój uderza nas przedewszystkiem wybitna jej zdolność do obniżania ciepłoty. We wszystkich przypadkaah, w których surowica była użyta do leczenia, ciepłotę mierzono co dwie godziny, ażeby dokładniej uświadomić sobie sposób i szybkość jej działania.

Oprócz 3 wyżej wspomnianych przypadków chorobowych, w których po zastrzyknięciu surowicy nie zauważono żadnego wpływu na chorego, we wszystkich innych stale można było wykazać obniżenie się ciepłoty już po upływie 2 godzin. Obniżenie to wahało się w pewnych granicach, a mianowicie między 0,3°—1,5° i postępowało nieraz w dalszym ciągu, przez co osiągało się jeszcze większe zmniejszenie się gorączki. W jednym n. p. przypadku po upływie 8 godzin od wstrzyknięcia 40 sz. ctm. surowicy, około południa, kiedy gorączka dosięgła 39·9°, otrzymaliśmy spadek ciepłoty o 2,9° t. j. do 37°. W innych przypadkach obniżenie się ciepłoty nie dosięgało takich znacznyh rozmiarów, często jednak wynosiło 1,0° do 1,5° C.

Już z zachowania się ciepłoty po wstrzyknięciu surowicy, można nieraz wnioskować o dalszym przebiegu choroby. Pomimo to, spadku ciepłoty, chociażby już we 2 godziny po zastosowaniu surowicy, nie można uważać za oznakę polepszenia stanu pacyenta. Zjawisko to dało się spostrzegać nawet w takich przypadkach, które z góry uważane były za stracone (jak n. p. dwa przypadki ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, powikłane takiemże zapaleniem opon mózgowych). Wykazuje ono, że i w tych przypadkach surowica wywiera wpływ dodatni, chociaż przemijający.

W razach dalszego rozwoju sprawy chorobowej wraca ciepłota zwykle już po upływie 4—6 godzin od wstrzyknięcia surowicy do dawniejszego poziomu. Równocześnie z chwilowem opadaniem ciepłoty zauważyłem polepszenie niektórych objawów chorobowych; zmniejszał się ból głowy; chory stawał się spokojniejszym; jeżeli był przytomny, to nieraz sam zaznaczał, że się lepiej czuje. W przypadkach o niepomyślnem rokowaniu trwało to wszystko krótko, — mniej więcej równolegle do stanu ciepłoty. W przypadkach, w których spadek ciepłoty dokonywał się, chociażby nawet powoli, ale w ciągu dłuższego czasu i nie tak szybko wracał do stanu poprzedniego, rokowanie było daleko lepsze. W takich razach stan zmniejszonej gorączki trwał od 12—24 do 48 godzin i chociaż później osiągał znowu poziom poprzedni, jedno ponowne wstrzyknięcie surowicy sprowadzało zwykle ciepłotę do poziomu znacznie niższego, a nawet prawidłowego. (C. d. n.)

II. Uwagi wstępne o chorobach kątnicy [1]).

Podał

Prof. Dr. Walery Jaworski.

Kątnica *(caecum)* tworzy ruchomy worek, na 5—10 ctm długi, a 5—6 ctm. szeroki, osadzony na krezce, a otoczony zewsząd otrzewną. Na górnym brzegu wewnętrznej ściany kątnicy prawie pod kątem prostym uchodzi koniec jelita biodrowego (*ileum*), z którego, jak z rury poziomej do podstawionego naczynia wpływa treść z jelit cienkich do kątnicy, gdzie się zbiera i tu, jak radyoskopią stwierdzono, zatrzymuje się przez 4—5 godzin, poczem przechodzi do następującej części okrężnicy (*colon ascendens*). Czynność ta kątnicy jest mechaniczną, podobnie jak żołądka, który przesuwa nagromadzoną w sobie treść do dwunastnicy. Czynność mechaniczna kątnicy jest jednak trudniejszą, niż czynność innych odcinków jelit, z powodu właściwego jej położenia. U człowieka stojącego opada kątnica pod wpływem ciężaru nagromadzonej treści jelitowej znacznie na dół do miednicy, tem bardziej, że ciśnienie hidrostatyczne na dno kątnicy równa się całej długości (30—40 ctm.) okrężnicy wstępującej. Posuwanie się kału z kątnicy jest w wysokim stopniu utrudnione przez to, że kątnica musi działać w kierunku, przeciwnym kierunkowi siły ciężkości i ją pokonywać. Czynność kątnicy może też łatwo osłabnąć i łatwo może się wytworzyć jej niedowład (*atonia caeci*. Wtedy powstaje w niej zastoina, t. j. nadmierne nagromadzenie się ciągle z jelita biodrowego napływającej treści, która nie może być w tej mierze wydaloną, jak dopływa; wytwarza się rozszerzenie kątnicy (*ectasia caeci*). Zwiotczenie ścian, obciążenie i ciśnienie hidrostatyczne, działające na kątnicę, sprawiają, że kątnica się znacznie obniża i głęboko do miednicy opada (*typhloptosis*). Powstają przez to dolegliwości czuciowe w zatoce biodrowej prawej i w miednicy, które się powiększają, jeżeli chory wykonywa szybkie ruchy, a ustają, jeżeli się położy. Zastoina w kątnicy i następowe dolegliwości zwiększają się jeszcze bardziej, jeżeli do działania ciśnienia hidrostatycznego i siły ciężkości dołącza się zatrzymanie mas kałowych w okrężnicy wskutek zaparcia stolca. Wtedy kątnica nie może opróżnić się, lecz napełnia się treścią, która odpływa z jelita biodrowego, a nie może powrócić przez zastawkę kątniczą, przeto rozszerza kątnicę i tworzy w niej guz kałowy (*coprostasis caeci*) z właściwymi tej sprawie objawami podmiotowymi.

Dłuższe przebywanie treści kałowej w kątnicy sprawia rozkład, gnicie, tworzenie się ciał rozkładowych i gazów, które sprawiają uczucie wzdęcia (*flatulentia caeci*) od pachwiny prawej aż do wątroby. Kątnica jest dla bakteryi najdogodniejszym zbiornikiem, w którym one mają czas opadać na dno (sedymentacya), rozwijać się, wytwarzać toksyny, osadzać się na błonie śluzowej i drążyć do grudek limfatycznych. Podobnie i drobne ciała obce (włókna roślinne, pestki, ziarna i t. p.), jakoteż i większe (kamyki żółciowe, jelitowe, połknięte przedmioty) zatrzymują się najczęściej w kątnicy wskutek utrudnionego odpływu kału. Stąd przez drażnienie powstaje na błonie śluzowej kątnicy nieżyt (*typhlitis catarrhalis*), przez ucisk mas kałowych i przez działanie bakteryi wrzody odleżynowe (*typhlitis stercoralis ulcerosa*), a nawet przebicie ściany (stosunkowo rzadko) do jamy otrzewnej, z następowem zapaleniem okołokątniczem (*perityphlitis*). Z drobnych ciał, osadzających się na dnie kątnicy, tworzą się kamyki jelitowe (*coprolithes*), które właśnie w kątnicy biorą swój początek.

Zastoina w kątnicy jest przyczyną, że bakterye chorobotwórcze nagabują ze wszystkich odcinków jelit najwięcej kątnicę i sąsiedni odcinek jelita biodrowego, sprawiając zmiany najczęściej w postaci owrzodzeń. Przedewszystkiem jest to ulubione miejsce zatrzymywania się prątków gruźliczych, połkniętych z plwociną (*tuberculosis caeci*); bywają tu często owrzodzenia durowe, a czasem i czerwonkowe i promienicze (*actinomycosis*). Zbiornik kątniczy, tak trudno odnawiający swą treść, jest dogodnem wylęgowiskiem dla czerwiów jelitowych, z czego najwięcej korzysta włosogłówka i glistnica.

W gorszem jeszcze położeniu jest wyrostek robaczkowy. Znajduje on się niżej od kątnicy, to też treść zastoinowa z kątnicy łatwo się do niego dostaje, a z trudnością tylko wydostać się może, gdyż jego siła mięśniowa jest zbyt słaba, aby przeciwdziałać sile ciężkości i ciśnieniu hidrostatycznemu w kątnicy i opróżnić się z treści. Sprawa zastoinowa w wyrostku robaczkowym wiedzie łatwiej i prędzej do zmian chorobowych, niż w kątnicy, a kończą się one dość często zgorzelą i przebiciem wyrostka (*appendicitis perforativa*) z następowem zapaleniem okołokątniczem (*perityphlitis*).

Ze wszystkich odcinków jelit jest kątnica jeszcze najdostępniejszą dla badania zewnętrznego. Czujemy ją u człowieka leżącego w górnej części zatoki biodrowej prawej, najczęściej na mięśniu lędźwiowoudowym *(m. psoas)* jako wałek gładki, podatny, miękki, przesuwalny, grubości palca wskazującego lub cieńszy. W odległości $^1/_3$ od kolca górnego kości biodrowej prawej (*spina anterior superior ossis ilei*) przecina kątnica prawa połowę linii pionowej, łączącej kolce biodrowe górne. W łączności z kątnicą wyczuwa się przedłużający się ku górze wałek: okrężnicę wstępującą (*col. ascendens*). Kruczenie przy ucisku bywa w kątnicy bardzo niewyraźne. Czasem sprawia kątnica, z powodu swej gładkości i ruchomości, wrażenie nerki opadłej. Bywają przypadki, w których nie można kątnicy wybadać z powodu jej wiotkości, albo nieprawidłowego położenia; może ona leżeć niekiedy wysoko pod prawym płatem wątroby, a przy opadnięciu w miednicy małej.

Choroby kątnicy są częste. Trudno je jednak odróżnić od chorób wyrostka robaczkowego, gdyż sprawa chorobowa przebiega na tym samym obszarze. Nadmienić jednak należy, że choroby kątnicy przebiegają ze zmianami w składzie kału i zaburzeniami w oddawaniu stolca, czego w zajęciu samego tylko wyrostka robaczkowego niema. Choroby wyrostka robaczkowego łatwiej przechodzą na otrzewną i w swych następstwach są groźniejsze, niż choroby kątnicy. Przy rozpoznaniu wątpliwem, wobec groźniejszych ostrych objawów, skłaniać się będziemy bardziej do rozpoznania choroby wyrostka, niż kątnicy.

[1]) Urywek z dzieła zbiorowego: Nauka o chorobach wewnętrznych, wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumský,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

Mięsienie, jako zabieg leczniczy, stosujemy dziś z powodzeniem w różnych chorobach. Przyznać jednak trzeba, że nazbyt jeszcze często zapoznajemy mięsienie tam, gdzie zastosowanie jego mogłoby dać pomyślne wyniki, a cierpienia chorego znacznie złagodzić. Przyczyny tego zapoznania szukać należy bądź w niedocenianiu mięsienia, bądź też w nieumiejętności wykonywania jego. Dlatego nigdy dość nie przestaniemy powoływać się na zdanie wybitnych lekarzy, którzy sądzą, że wykonywanie mięsienia winno być zadaniem li tylko lekarzy i że ci ze swej strony nie powinni się wstydzić wyuczenia się jego i własnoręcznego wykonywania.

Mięsienie wobec ogólnego dziś jeszcze zaniedbywania jego przez sfery lekarskie, wykonywa się przeważnie przez osoby niepowołane, które o chorobie i leczeniu przeważnie nie mają pojęcia. Następstwem tego bywa to, że stosowanie mięsienia jest albo zgoła beskuteczne, albo też skutki jego nazbyt są skromne; a nawet — co gorsza — zdarza się, że mięsienie bywa stosowane tam, gdzie pomocy żadnej przynieść nie może, a sprawę chorobową tylko pogarsza, co wpływa naturalnie na zmniejszenie jego znaczenia i staje się powodem, że lekarze tak często zapoznają je.

Z tych względów, sądzę, nie będzie od rzeczy przytoczyć te cierpienia, w których z powodzeniem stosować możemy mięsienie, i określić sposób postępowania w tych przypadkach chorobowych.

Choroby, o których nam mówić wypadnie, dzielimy dla lepszej oryentacyi na 1) choroby kości; 2) choroby stawów; 3) choroby ścięgien i pochewek ścięgnistych; 4) choroby mięśni; 5) choroby nerwów, rdzenia pacierzowego i mózgu; 6) choroby serca i naczyń; 7) choroby przewodu pokarmowego.

Stosujemy również mięsienie w chorobach uszów, nosa, gardła, oczów i w chorobach męzkich i żeńskich narządów płciowych. Dział ten jednak pominiemy ze względu na to, że stosowanie mięsienia w cierpieniach tych narządów osobnych wymaga wiadomości; należy je więc pozostawić lekarzom-specyalistom, którzy potrzebne wskazówki znajdą w zawodowem piśmiennictwie.

I. Mięsienie w chorobach kości.

Najczęściej stosunkowo wykonywujemy mięsienie w skrzywieniach kości — tak wrodzonych, jak i nabytych, chociaż mięsieniem oczywiście krzywych kości wyprostować bezpośrednio nie możemy; wzmacniamy jednak mięśnie, które wpływają potem na wyprostowanie kości, zwłaszcza tych, które jeszcze nie ukończyły wzrostu swego. Rozumie się, że w skrzywieniach kości stosujemy jeszcze oprócz mięsienia zabiegi inne, jak wyrównywania ręką, opatrunki, przyrządy. Środki te jednak, stosowane same przez się, są powodem upośledzenia czynności dotyczącego narządu, przedewszystkiem jego mięśni, które słabną, a nawet zanikają — zwłaszcza wtedy, gdy opatrunek lub przyrząd unieruchomiają je przez czas dłuższy. Tu znowu zastosowanie wczas mięsienia przeciwdziała zanikowi mięśni i dopomaga podjętemu leczeniu.

Pierwsze miejsce pośród skrzywień kości zajmują:

A) Skrzywienie boczne kręgosłupa (*scoliosis*), garb (*kyphosis*), połączenie obu powyższych zboczeń (*kypho-scoliosis*), piersi skośne (*pectus obliquum*) i nadmierne przodozgięcie kręgosłupa (*lordosis pathologica*).

We wszystkich tych skrzywieniach stosujemy mięsienie z wyjątkiem skrzywień, powstałych na tle chorób zakaźnych (gruźlica, promienica, kiła), w których — w pierwszych zwłaszcza okresach choroby — mięsienie wprost szkodzi.

Skrzywienie kręgosłupa jest wadą częstą, tworzy bowiem dwie trzecie skrzywień kości wogóle i dlatego stawiamy je na pierwszem miejscu, chociaż, jak powiedzieliśmy wyżej, mięsienie nie wyrównywa kości samo przez się. W przeważnej liczbie przypadków chodzi tu o dzieci wątłe, źle odżywione, o układzie mięśniowym słabym, który wskutek tego nie może utrzymać kręgosłupa w należytej równowadze; kręgosłup więc chwieje się to w jedną, to w drugą stronę, a wyprowadzony ze swego prawidłowego położenia przez czas dłuższy, przyzwyczaja się do tego zboczenia, czyli staje się krzywym. Tłomaczenie to nie jest wprawdzie ścisłem, lecz wyjaśnia nam bądź co bądź dostatecznie sposób powstawania najczęstszych skrzywień kręgosłupa, czyli t. zw. skrzywień nawykowych (*scoliosis habitualis*). Jeżeli więc mamy leczyć dziecko z rozpoczynającem się skrzywieniem kręgosłupa, to już samo stosowanie mięsienia wystarczyć może do pokonania wady; kości bowiem same w tym przypadku krzywe nie są, lub wykazują tylko nieznaczne zmiany. Przez mięsienie grzbietu wzmacniamy dotyczące mięśnie, a tem samem doprowadzamy kręgosłup do równowagi. Kości zostają utrzymane w położeniu właściwem, a zboczone doń powracają; dalszy zaś ich wzrost odbywa się już prawidłowo. Mięsienie, wykonywane wczas i należycie ręką doświadczonego lekarza, może dać w przypadkach podobnych piękne wyniki i zapobiedz niejednemu nieszczęściu, które zagraża kalectwem i dalszemi jego następstwami.

Naturalnie w lżejszych przypadkach używamy obok mięsienia i innych środków leczniczych, które zalecane bywają i z przyczyn ubocznych. Czasem bowiem trudno oznaczyć, czy wada, którą mamy leczyć, jest zawiązkiem choroby, czy też jest już zmianą dalszą, wobec której mięsienie samo już jest bezsilne. Dlatego i w przypadkach nawet na pozór lżejszych i mogących uchodzić za sam początek choroby, stosujemy także odpowiednie ćwiczenia ciała (gimnastyka), a gdzie się to da przeprowadzić, to i ćwiczenia na przyrządach, umyślnie w tym celu sporządzonych. Chorzy tacy zatem powinni się zwracać do lekarzy, posiadających te przyrządy, a jednocześnie i przedewszystkiem posiadających należyte w tym kierunku doświadczenie.

Pamiętać zawsze jednak należy, że nawet przypadki, uznane jako lżejsze, sprawiają nieraz lekarzowi w ciągu leczenia nie małe trudności, a nawet stan może się pogorszyć i tylko z największych wysiłkiem udaje się powstrzymać dalszy rozwój choroby.

Przypadki te jednak na szczęście nie są zbyt częste. Z własnej praktyki przypominamy kilka podobnych przypadków, w których chodziło o dzieci, leczone od samego początku; rodzice nie zaniedbali niczego dla uratowania ich zdrowia: na nieszczęście jednak początkowe leczenie powierzone było w ręce niedoświadczone, t. zw. partaczy, nic więc dziwnego, że w następstwie tego wyrabia się potem żal do leczenia mięsieniem wogóle. A właśnie partaczom tym powierzano do niedawna prawie wyłącznie tego rodzaju chorych.

W skrzywieniach kręgosłupa wzmacniamy mięsieniem nie tylko mięśnie grzbietu, lecz staramy się usunąć wszelkie wpływy, działające nań ujemnie. Zabraniamy więc dzieciom długiego siedzenia w szkole, długich ćwiczeń na fortepianie przeciążania zadaniami pisemnemi, rysunkami, robótkami ręcznemi, szyciem i t. p. Wymienione bowiem wysiłki wyczerpują mięśnie grzbietu i powodują wyginanie się części górnej kręgosłupa w stronę prawą, przyczem znużone mięśnie nie są w stanie utrzymać kręgosłupa w równowadze, a skrzywienie chwilowe staje się stałem.

Niestety zbyt często nie bywa rozpoznaną właściwa przyczyna skrzywienia kręgosłupa, i zamiast racyonalnego leczenia stosuje się nawet i wtedy znów tylko półśrodki. Tu często tak rodzice, jak niestety i domowy lekarz szuka

po cennikach różnych sławnych bandażystów odpowiednich „gradehalterów“, gorsetów lub bandaży, mających utrzymać w równowadze ciało dziecka. Przez założenie sprowadzonego gorsetu lekkie początkowe skrzywienie wyrównywa się na pozór, lecz układ mięśniowy — już osłabiony — przestaje obecnie pracować. A w końcu jaki nastaje wynik? Ten, że dziecko bez przyrządu nie może się już zgoła utrzymać w równowadze. A ponieważ gorset nie może w przeważnej liczbie przypadków podobnych przywrócić ciału dziecka zupełnej równowagi, a tylko zakrywa przed okiem rodziców nieszczęsne kalectwo, więc skrzywienie kręgosłupa zamiast zmniejszać się, zwiększa tak, że po kilku miesiącach rodzina dziecka zostaje zaskoczoną nieoczekiwanem powstaniem zupełnego garbu.

W przypadkach bardziej posuniętych stosujemy prócz mięsienia wyrównywanie skrzywień zapomocą licznych na ten cel obmyślanych i zrobionych przyrządów ortopedycznych. Wyrównywanie to wykonywamy z większem lub mniejszem natężeniem, co zwłaszcza w początkach nie jest wcale dla chorego przyjemne. Cierpienia jednak, z tem połączone, wnet ustępują, a lekarz przy zastosowaniu mięsienia i ćwiczeń gimnastycznych obok przyrządów, może wstrzymać dalszy rozwój choroby, a nawet osiągnąć zupełne wyleczenie. Naturalnie leczenie bywa tem dłuższe, im choroba dalej jest posuniętą. Według osobistego naszego doświadczenia skrzywienia znacznie nawet posunięte dają się wyrównać, jeżeli chory i lekarz są uzbrojeni w dostateczną cierpliwość. Wiek chorego ma przytem także wielką wagę: u dzieci do czwartego lub piątego roku życia leczenie jest naturalnie połączone z większemi trudnościami, niż u dzieci starszych. Po roku czternastym lub piętnastym staje się leczenie znów trudniejszem; jednak i u chorych, którzy przeszli dwudziesty rok życia, mieliśmy często dobre wyniki lecznicze.

Mięsienie w skrzywieniach kręgosłupa wykonywujemy tak samo, jak zwykle przy mięsieniu grzbietu; przytem wagę główną kładziemy na głaskanie (*effleurage*) i ugniatanie (*petrissage*). Klepania (*tapottement*) nie wykonywamy bądź to zupełnie, bądź też czynimy to nader lekko. Niektórzy autorowie sądzą, że zbyt silne i dłuższy czas stosowane klepanie spowodować może obsuwanie się niektórych narządów w jamie brzusznej, mianowicie nerek, wątroby, a nawet jelit i żołądka. Ponieważ mamy najczęściej w tych przypadkach do czynienia z chorymi o budowie wątłej, skłonnymi do wszelakich schorzeń, z tego powodu unikamy wszystkiego tego, co mogłoby ułatwiać powstanie wyżej wymienionych cierpień. Zaznaczyć jednak musimy, że sami nie zauważyliśmy dotąd nigdy powstania tych obsunięć wewnętrznych narządów w następstwie klepania. Czas jednego mięsienia winien trwać cztery lub pięć minut, a najwyżej ośm do dziesięciu. Zwykle wystarcza jedno mięsienie dziennie, chociaż tam, gdzie można, poleca się wykonywanie go dwa razy na dzień. Całe leczenie trwa w lżejszych nawet przypadkach trzy do czterech miesięcy, w ciężkich do kilku lat.

(C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. C. H. Stratz. **Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses.** Ein Wort an alle praktischen Aerzte. *(Stuttgart — Verlag v. Ferd. Enke, 1904).*

Wyszedłszy z założenia, że każdy rak macicy jest wyleczalny, jeżeli się go zawczasu operuje, a zatem jak długo jest jeszcze cierpieniem miejscowem, poświęcił autor niniejszą pracę zwalczaniu go, w przekonaniu, że do zupełnego zwycięstwa w tej ciężkiej walce z rakiem przyczynić się mogą głównie lekarze praktyczni, gdyż tylko od wcześnie postawionego przez nich rozpoznania zależy życie kobiety oddanej ich pieczy i wynik operacyjny „*bis dat, qui cito dat*“. Często wystarczy już rozpoznanie prawdopodobieństwa, a pewnem staje się ono na podstawie dalszego badania drobnowidowego; należy jednak pamiętać, że ujemny wynik tego badania nie wyklucza jeszcze na pewno raka, ale w połączeniu z klinicznem podejrzeniem obowiązuje do dalszej pilnej obserwacyi. Uzyskanie wprawy w rozpoznaniu prawdopodobieństwa raka macicy początkującego, oraz technika i badanie histologiczne, o ileby je mógł na krótkiej drodze przeprowadzić każdy lekarz praktyczny, stanowią wytyczne niniejszej pracy. Część pierwsza zajmuje się objawami klinicznymi. Do podmiotowych należą: późny wiek chorej, życie w biedzie, przebycie wielu porodów i dobre wejrzenie. Do przedmiotowych: krwawienia i odchody. Bole w pierwszym okresie raka występują tak rzadko, że raczej przemawiają przeciw jego istnieniu. Krwawienia mogą wystąpić jużto jako silniejsze i dłużej trwające miesiączki, jużto jako krwotoki nieregularne, a bardzo podejrzane są krwotoki w okresie przejściowym, szczególnie jeżeli występują w rok lub więcej po zupełnem ustaniu regularności; wreszcie ważne znaczenie rozpoznawcze mają krwawienia przypadkowe, wywołane już najlżejszem dotknięciem tkanki podejrzanej, n. p. przez ucisk, wywołany twardym stolcem, spółkowaniem, badaniem lekarskiem i t. p. Niemniej ważne znaczenie mają i odchody, mimo że w początkowym okresie raka wcale nie są cuchnące, brudne i obfite; owszem charakterystyczne dla tego okresu są odchody jasne, surowicze, skąpe, podobne do popłuczyn mięsnych, a czasem czerwone lub brunatne, wskutek domieszki krwi. W nieżytach są odchody śluzowe lub ropne, mleczne i zwykle obfite. Szczególnie podejrzane są odchody, jeżeli występują nagle, okresowo i u kobiet, które przedtem nigdy się na nie się nie skarżyły. W II-giej części omawia autor rozpoznanie kliniczne raka w pierwszym okresie. Należy pamiętać, że bezpośrednio dla oka dostępnym jest tylko rak części pochwowej, a czasem kanału szyi, a nigdy trzonu macicy. Prawidłowy więc obraz wziernikowy szyi zupełnie nie wyklucza raka błony śluzowej trzonu. Największe trudności rozpoznawcze przedstawia rozróżnienie wrzodu rakowego od zwykłego, gruźliczego, kiłowego i innych. Pierwszy jest wyraźniej odgraniczony od tkanki zdrowej; powierzchnia przybrzeżna leży niżej od otoczenia zdrowego, a wyczuwa się go jako tkankę drobnoziarnistą, dającą się łatwo ugnieść, o wejrzeniu matowo-żółtem, krwawiącą łatwo przy dotknięciu. Wrzód zwykły przechodzi pomału w tkankę zdrową, ma powierzchnię gładką, różowo-niebiesko połysku ącą, wznoszącą się ponad powierzchnię zdrowej błony śluzowej. Podobnie omówione jest rozpoznanie różniczkowe między innymi wrzodami; dalej drogi, jakiemi rak się rozszerza i rozpoznanie różniczkowe między naciekiem rakowatym tkanki przymacicznej i dróg chłonnych, a zmianami zapalnemi w nich. Badanie to jest ważne ze względu na możliwość operowania doszczętnego. W III-ciej części wreszcie zajmuje się autor technika, badaniem i rozpoznaniem anatomicznem raka początkującego, wrzodu rakowego i mas wyskrobanych z szyi i trzonu macicy. I tu także przemawia autor do lekarza praktycznego, podając mu metody badania, nie wymagające dużo czasu, a przecież pewne i popierając swe wywody teoretyczne licznemi, bardzo wyraźnemi rycinami, drukowanemi i kolorowemi. Kilka słów, poświęconych zachowaniu się lekarza wobec chorych, dotkniętych rakiem początkującym, kończy tę zajmującą monografię. Autor wie bardzo dobrze, z jakiemi trudnościami i uprzedzeniami lekarz ma do walczenia, aby chorą, która napozór czuje się zupełnie zdrową i przyszła do niego z powodu nieznacznych tylko dolegliwości, namówić do operacyi, która bądźcobądź jest zabiegiem ciężkim, ale zarazem rozstrzyga o życiu i śmierci chorej. Teraz skoro już minęły czasy, kiedy staliśmy bezradni wobec raka nawet początkującego, powinno być obowiązkiem każdego lekarza złamać to uprzedzenie publiczności, że rak jest cierpieniem nieuleczalnem, a wraz z tym strasznym obrazem niewyleczalności zniknie i zgroza, jaką u laików wywołuje samo słowo „rak“. Owszem możliwość wyleczenia spowoduje wiele kobiet do szukania pomocy lekarskiej wcześnie i prędzej je skłoni

do poddania się operacyi. W przypadkach więc wątpliwych należy chorej wprost powiedzieć o możliwości wyleczenia cierpienia rakowatego, a zataić jej straszną prawdę tylko tam, gdzie cierpienie jest już daleko posunięte, istotnie nieuleczalne.

Taką jest treść monografii, która bez wyliczania i krytykowania najrozmaitszych teoryi o powstaniu i przebiegu raka, bez zagłębiania się w bardzo powikłaną czasem budowę anatomiczną tych nowotworów, ale krótko i zwięźle, a przytem jasno i wyraźnie omawia wszystko, co tylko lekarz praktyczny mógłby zużytkować celem wczesnego rozpoznania cierpienia. Czytelnik znajdzie tu nadto liczne cenne uwagi praktyczne i wiele zajmujących przykładów, zaczerpniętych z własnej praktyki i bogatego doświadczenia autora. Tak szlachetne zamiary i szczytny cel, które kierowały myślami jego przy pisaniu tej pracy, już same przez się przemawiają za doniosłem jej znaczeniem. Jednostki niewiele tu jednak pomogą: to też praca ta dopiero wtedy spełni swe zadanie, jeżeli się znajdzie w rękach wszystkich lekarzy, na co istotnie zasługuje tembardziej, że mając niejako cechy pracy popularnej jest z każdego względu dla nich przystępną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Milchner. **Marskość wyskokowa wątroby u ośmioletniej dziewczynki. Operacya Talmy.** (*Therapie der Gegenwart*, XII, 1904). U ośmioletniej dziewczynki, która od 4-go roku życia dostawała codziennie flaszkę piwa, często też i wódki (żytniówki z rumem), rozpoznano marskość wątroby w okresie zaniku, oraz zastoinowy wolny płyn w jamie brzusznej. Za punkt wyjścia zastoju należy uważać wątrobę, gdyż w moczu, dotąd zupełnie prawidłowym, stwierdzono lewulozę w 3 godziny po wewnętrznem jej zastosowaniu. Środki na wewnątrz podawane, jak naparstnica, diuretyna i teocyna równie były bezskuteczne, jak częste nakłucia; wobec tego zdecydowano się na wykonanie zabiegu Talmy. Rozszerzenia lub przekrwienia żył w jamie brzusznej i w trzewach nie było i mimo że operacya sama dobrze się udała, dziecko zmarło w 14 dni później wskutek osłabienia serca. Podczas tego okresu puchlina wodna wprawdzie wróciła, ale nastąpiło i wydatne rozszerzenie żył na powłokach brzusznych i klatce piersiowej, co stanowi wyraz zewnętrzny odprowadzenia krwi żyły bramnej drogą żyły nadbrzusznej górnej i prócz tego jest pierwszym warunkiem udanej operacyi Talmy. Wobec braku wszelkich objawów przewlekłego zapalenia otrzewnej, nie rozszerzonych żył i zaniku sieci, wyraźnie wykazanych podczas zabiegu chirurgicznego, wnioskuje autor, iż puchlina w jamie brzusznej nie zawsze przychodzi do skutku z powodu przeciążenia narządu krążenia w zakresie żyły bramnej, tylko że napoje wyskokowe, jak w niniejszym przypadku, działały trująco na naczynia krwionośne i spowodowały ich schorzenie, a z niem i wystąpienie wolnego płynu; dalej wnioskuje M., iż zabieg może się udać, choćby w sieci nie było żył rozszerzonych. *Korm.*

J. Albarran. **O krwiomoczu w zapaleniach nerek.** (*La Presse médicale* 1904, Nr. 83). Do niedawna uważano, że tylko rak, kamyki i gruźlica mogą stać się przyczyną krwawień z nerek. Autor od roku 1898 wskazuje na to, że w tak zwanym krwiomoczu właściwym (*les hématuries essentielles*) można zawsze wykryć widoczną przyczynę broczenia; czy to w postaci nerki ruchomej, retencyi nerkowej, czy też zwłaszcza zapoznawanych dotąd zapaleń nerek, które niewątpliwie krwawienie wywołują. To zapatrywanie znalazło zwolenników we Francyi (Malherbe, Legueu), oraz w Niemczech (Israel). W ostatnich wszelako czasach znowu wszczęła się dyskusya, w której po stronie Albarrana staje część autorów (Lewit), inni zaś (Pel, Roff, Senator) przeczą istnieniu krwawień z przyczyny zapalenia nerek. Albarran na podstawie swoich spostrzeżeń klinicznych broni swego zapatrywania. Przedewszystkiem stwierdzamy już we wszystkich przypadkach raka, kamyków, gruźlicy i uszkodzeń stany zapalne nerek różnego stopnia. Co do samych zapaleń, to wyróżnić musimy zapalenia ostre i przewlekłe. Krwiomocz w zapaleniach ostrych dawno jest znany, a często schodzi na drugi plan wobec innych zjawisk, cechujących tę chorobę. Czasem pojawiają się krwawienia, stwierdzane tylko drobnowidem, w których krew, wychodząca z drobniutkich naczyń w kłębkach lub kanalikach nerkowych, z powodu nieznacznej ilości nie wystarcza do zabarwienia moczu. Niekiedy bywają atoli krwawienia obfite, utrzymujące się przez 5—6 tygodni. Liczni autorowie (Trousseau, Rayer, Bartels, Cornil, Albarran) wykazali ten krwiomocz w płonicy, róży, przy użyciu pryszczawek (*cantharis*). Takie krwawienia bywają też w przewlekłych zapaleniach nerek zaostrzających się pod wpływem zaziębienia, użycia pewnych leków, lub nadużycia wyskoku. Co do zapaleń przewlekłych nerek, to jednę ich kategoryę stanowią 1) zapalenia rozlane (*néphrite diffuse*). Stwierdzamy je zapomocą spostrzeżeń klinicznych, zabiegów chirurgicznych, lub autopsyi. Co do spostrzeżeń klinicznych, to materyał w piśmiennictwie jest nader obfity. Tak samo jest znaczna liczba autorów, którzy przy przypadkach krwiomoczu spostrzeganego za życia znajdowali przy sekcyi zmiany odpowiadające chorobie Brighta. Przypadki operowane wykazywały zapalenie przewlekłe rozlane nerek obustronne lub jednostronne, z których drugie operowane były z wynikiem pomyślnym. Krwiomocz przebiega w przewlekłych rozlanych zapaleniach śród różnych warunków: *a*) jako objaw przewlekły towarzyszący obrzękom, przerostowi serca i mocznicy; *b*) krwiomocz poprzedza przewlekłe zapalenie i jest pierwszym początkowym objawem schorzenia nerek; *c*) krwiomocz jest jedynym i wyłącznym objawem choroby Brighta. Ten rodzaj krwiomoczu nerkowego cechuje się nadto zazwyczaj bolem nerkowym, czem się różni od raka. Krwiomocz tedy długotrwały, nie zmieniający się pod wpływem spokoju, któremu towarzyszą bole, jest dość charakterystycznym krwiomoczem nerkowym; *d*) w niektórych wreszcie przypadkach pojawia się u chorych od czasu do czasu ślad białka 0·02—0·04 wałeczki szkliste i nieliczne czerwone ciałka krwi, lub wałeczki krwawe. Ważną jest ta okoliczność, że objawy mogą być jednostronne tylko, jakkolwiek schorzenie dotyczy obu stron. Z tych wyników po zabiegach chirurgicznych dziś możemy już w wielu przypadkach uniknąć, mając możność szczegółowego oznaczania czynności każdej nerki z osobna.

2) Drugą kategoryę zapaleń przewlekłych nerek, połączonych z krwiomoczem, stanowią zapalenia ogniskowe (*néphrites parcellaires*). Badanie tej kategoryi opiera się wyłącznie na studyum nerek operowanych. Zrosty tkanki kolonerkowej, zaciągnięcia lub zgrubienia powierzchni nerkowej, ścieńczenie warstwy korowej, drobne torbiele, rozmaitość zabarwienia, stanowią w tych przypadkach cechę makroskopową. Niekiedy atoli dopiero badanie drobnowidowe potwierdza istniejące w miąższu zmiany, na które stan moczu wskazywał. Takie ogniska chore niekiedy trudno odnaleść. Klinicznie, prócz obecności białka i wałeczków, spotykamy krwiomocz pojawiający się nagle, trwały, a nie zmieniający się pod wpływem spokoju ani ruchów, zazwyczaj jednostronny, częstokroć powracający. Autor polemizuje z wywodami Senatora, który zaprzecza jakoby przewlekłe zapalenie nerek było zdolne do wywoływania krwiomoczu. *Dr. M. Blassberg.*

Th. Rosenheim. **Leczenie dyetetyczne przewlekłych rozległych nieżytów jelit.** (*Therapie der Gegenwart*, XII, 1904). Mimo że dyeta stanowi najważniejszy czynnik leczniczy w zaburzeniach żołądkowokiszkowych, lekarze nietylko nie zgadzają się co do jej stosowania w pewnych sprawach chorobowych przewodu pokarmowego, ale wprost przeciwne mają nieraz zdanie o niektórych środkach spożywczych, zajmujących w dyetetyce pierwsze miejsce, jak np. o mleku, mięsie, jarzynach itp. I tak podczas gdy Nothnagel, Ewald i autor są zwolennikami mlecznej dyety, Boas, Rosenfeld i inni uważają ją przy tych samych cierpieniach za szkodliwą. Zastanawiając się nad przyczynami tych tak odmiennych zapatrywań, zwraca R. uwagę na to, iż rozmaite biegunki przewlekłe na tle nieżytowem wcale nie stanowią jednolitej choroby; iż o ich nasileniu i charakterze rozstrzyga okoliczność, czy jelito grube, czy cienkie jest zajęte nieżytem, a jeśli nieżyt zajmuje oba, czy się to dzieje w równej mierze, czy nie?; dalej odgrywa tu rolę fakt, czy przeważają sprawy gnicia, czy też kiśnienia w schorzałym narządzie?; nareszcie czy i jakie istnieją powikłania ze strony innych narządów, jak np. żołądka, wątroby, układu nerwowego itd.? Z tego punktu widzenia traktując rzecz, wnioskuje autor, że jedna i ta sama dyeta nie może odpowiadać wszelkim możliwym sprawom, naglówkiem powyższym objętym; jakąkolwiek jednak ona będzie, nie powinna być drażniącą, ani trudno wessalną, o tem w pierwszym rzędzie pamiętać należy. Przechodząc po kolei różne systemy dyetetyczne, zaleca autor w biegunce przewlekłej zupełne unikanie mleka podczas pierwszych 4—6 tygodni, a nieraz i miesięcy; dopiero wtedy, gdy się jelito cienkie zupełnie uspokoi, dodaje go w małych dawkach do innych napojów (do herbaty lub kakao) i legumin; ściśle do tego trzeba zastosować się w sprawach, gdzie przeważnie jelito cienkie ma skłonność do nieżytu, gdyż mleko podawane w takich przypadkach sprawia wzdęcie, gniecenie i tym podobne dolegliwości, wzmagając przytem biegunkę; natomiast stosuje

wtedy potrawy mięsne, rybne, klejkowate, dalej jaja, ryż, grysik, sago, herbatę, w małych ilościach wino czerwone, masło i cukier; takiemu wiktowi nadął R. nazwę dyety jelita cienkiego (*Dünndarmdiät*). W sprawach nieżytowych jelita grubego rzecz przedstawia się inaczej: widzimy, jak chorzy na czerwonkę doskonale znoszą mleko, jak ono prawie zbawiennie działa na przebieg choroby, gdyż białko mleka w połączeniu z cukrem mlecznym większy stawia opór zarodkom gnilnym, wstrzymując ich rozwój, aniżeli białko mięsa lub jaja. We wszystkich przypadkach, gdzie mleka nie wolno podawać w większych ilościach, ułatwia autor jego strawność dodatkami przetworów wapiennych (jak woda wapienna 1—2 łyżek stołowych, fosforan wapniowy 3—5 grm. na 150 grm. mleka), lub małej dawki kwasu salicylowego (0·3: 1½ litra); gdy zaś chorzy nie znoszą ani czystego mleka, ani też zaprawionego powyższymi dodatkami, tam próbować jeszcze trzeba stosowania kefiru, lub mleka pegninowego itp., ale prawie zawsze z miernym skutkiem. Posługuje się też autor w sprawach nieżytowych jelit lekami, stosowanymi w podobnych zaburzeniach żołądka, podaje więc w odpowiednich przypadkach kwas solny, podazotan bizmutowy, azotan strychniny itd., wystrzega się jednak zasad, tak pożytecznych dla żołądka przy nadmiernej kwasocie, jelitom zaś nie sprzyjających. Co do ilości podawanych pokarmów, to jest ona bardzo zmienną i zależy od wielu czynników; ale autor, czy to przy mlecznej, czy przy mięsnej dyecie, doradza przechodzić od małych stopniowo do większych porcyi. I tak np. przy wyłącznem odżywianiu mlekiem, jak to ma miejsce w sprawach zapalnych żołądka, jelita grubego, przy powikłaniach trzustkowych, zwyrodnieniu narządów, w gruźlicy gruczołów krezkowych, podaje autor i 3 litry mleka oprócz pewnej ilości węglowodanów pod postacią mąki, krup, sago itd. Dyety tej (*Dünndarmdiät*), przeważnie mięsnej, trzyma się autor bezwzględnie i co najmniej 2—3 tygodni i w przypadkach nieżytu jelita cienkiego: poczem rozszerza nieco jej granice w ten sposób, iż raz na 2—3 dni chory otrzymuje małe ilości jarzyn rozgotowanych i przefasowanych (purée) i nieznaczne dawki mleka z herbatą lub kakao; przewód pokarmowy chorego przyzwyczaja się do tych nowych środków spożywczych i biegunka nie powtarza się więcej: wówczas autor pozwala spożywać mięso więcej tłuste, leguminy obfitujące w przyprawy korzenne, dalej ze śmietanką, sokiem owocowym itd. Godne zapamiętania nareszcie są spostrzeżenia autora, odnoszące się do neurasteników, u których sprawie nieżytowej jelit towarzyszy nadmierna drażliwość nerwowa, i gdzie mimo najściślejszego wykonywania przepisów dyetetyczno-higienicznych nieraz pożądany skutek bardzo długo nie następuje. Tu tylko wytrwałością i cierpliwością w przeprowadzaniu planu leczniczego, bez względu na podmiotowe dolegliwości chorego, można celu dopiąć, nie redukując zanadto ilości potraw podawanych i nie grzesząc zbytnią jednostronnością w ich wyborze. *Korm.*

CHIRURGIA. Prof. Kionka i prof. Kroenig. **Znieczulenie ogólne mieszaniną pary eteru i chloroformu o dokładnie znanem zagęszczeniu.** (*Archiv Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). Na 2000 przypadkach poznali autorowie zalety usypiania równocześnie parą eteru i chloroformu w formie zaleconej przez Brauna. Lecz przyrząd Brauna nie pozwala na dokładne dawkowanie: zatem autorowie zastosowali do tego celu znany aparat Roth-Draegera, odpowiednio go modyfikując. Z głównego zbiornika wypływa tlen z szybkością 4 litr. na minutę przez rurkę, widełkowato rozgałęziającą się. Po drodze porywa parę eteru i chloroformu, poczem widełka rurki schodzą się znów razem, a mieszanina tlenu, eteru i chloroformu gromadzi się w zbiorniku, skąd dopiero dostaje się do rurki (metalowej z wentylami). Zapomocą odpowiedniego mechanizmu można dość ściśle uregulować ilość spadających kropel narkotyków. W klinice stwierdzono, że głębokie uśpienie u dorosłej kobiety następuje po 15 minutach, gdy eter ulatnia się z szybkością 150 kropel, chloroform zaś 45 kropel na minutę. Dla podtrzymania głębokiego uśpienia wystarcza 125—150 kropel eteru i 10 chloroformu. Autorowie przyznają, że przyrząd ten może znaleźć zastosowanie jedynie w dużych oddziałach chirurgicznych, główna zaleta jego polega w tem, że pozostawia narkotyzerowi obie ręce wolne. *Doc. Herman.*

Dr. W. Kramer. **W sprawie wydobywania dużych ciał obcych o ostrych końcach z przełyku.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 50). W dwóch przypadkach udało się K. wydobyć z przełyku bez otwierania jego ostro-kończyste ciała obce (raz płytkę ze sztucznymi zębami, a raz kość), które w nim utkwiły tuż poniżej krtani, ustawiwszy się poprzecznie. W obu przypadkach odsłonił K. na szyi ścianę przełyku po stronie lewej, a wyczuwszy ciało obce, przez ucisk palcami od zewnątrz wstawił je podłużnie, poczem wydobycie ich nie natrafiło już na żadne trudności. *Herman.*

Dr. Federmann. **Czego spodziewać się możemy po badaniu zachowania się białych ciałek krwi we wczesnych okresach zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 50). W pracy tej, wychodzącej pod firmą Sonnenberga, autor stara się udowodnić wbrew Sprengelowi, że badanie, jak się zachowuje leukocytoza w pierwszych dniach zapalenia wyrostka robaczkowego, nie jest bez znaczenia. Zachowanie się tego objawu, na który, jak wiadomo, Curschmann ogromną kładzie wagę, śledził F. na 43 chorych, operowanych w pierwszych 4 dniach choroby. Już z pobieżnego przeglądu dołączonej tablicy wynika, że objaw ten nie może być bez znaczenia. U każdego prawie operowanego, który po operacyi umierał, przed operacyą stwierdzano bardzo nizką leukocytozę (6—12.000). I rzeczywiście: z ilości ciałek białych krwi w 1 mm. k. rokować możemy o dalszym przebiegu choroby. Leukocytoza znaczna świadczy zawsze o pełnej odporności ustroju i pozwala rokować pomyślnie; — leukocytoza nieliczna — obok ciężkich objawów klinicznych, przeciwnie. W ogólności przekonał się F., że każde zapalenie okątnicze, połączone ze silnem zakażeniem, już w pierwszym dniu choroby okazuje leukocytozę ponad 20.000. Objaw ten nie pozwala wprawdzie wcale na jakiekolwiek wnioski o obecności lub braku ropy, wskazuje jednak, że operować się winno natychmiast. Doczekać się bowiem możemy tego, że liczba leukocytów zacznie się zmniejszać, objawy zaś kliniczne stawać się będą cięższe; wówczas położenie staje się bardzo poważnem i wątpliwem co do ostatecznego zejścia. Sama jednak leukocytoza bez równoczesnego dokładnego uwzględnienia objawów klinicznych nigdy o wskazaniach do operacyi stanowić nie powinna. *Herman.*

Dr. Schomann. **Przyczynek do leczenia puchliny brzusznej na tle gruźliczem.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 49). Od kilku lat używa autor w zapaleniu gruźliczem otrzewnej, połączonem z wysiękiem surowiczym (u dzieci), nakłucia, a po odpłynięciu wysięku wstrzykiwania 1—5% zawiesiny jodoformowej, rozpoczynając od zawiesin najsłabszych, wstrzykiwanych w ilości 1—2 cg. Zabiegi te powtarza co 4—8 dni (jak się tego potrzeba okaże). Wyniki osiągnięte są równie dobre, jak i po laparotomiach, a osiąga je w sposób łatwy i łagodny. *Herman.*

Dr. A. Schanz. **W sprawie leczenia zrostów kostnych w łokciu.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 50). U 25-letniej kobiety po przebyciu ostrego gośćca (? ref.), pozostał zrost kostny w prawym stawie łokciowym. Objawy kliniczne i obraz röntgenograficzny wskazywały, że zrost dotyczył głównie stawu między kością łokciową, a ramieniową. S. odsłonił staw cięciem podłużnem po stronie wewnętrznej, zrost przedłutował, powierzchnie stawowe obrównał i wsunął między nie uszypułowany płat z tkanki tłuszczowej podskórnej, wyciętej z ramienia. Bez specyalnego leczenia ortopedycznego osiągnął S. wynik znakomity. W znacznej części przypisuje go autor użytej do interpozycyi tkance tłuszczowej. *Herman.*

Doc. Dr. H. Merkel. **W sprawie t. zw. »*phlegmone ligneuse du cou*«** (Reclus). (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 48). Do kilku przypadków tego cierpienia, spostrzeganego i leczonego przez Reclusa i innych, dodaje autor nowy z praktyki Dra Riedela, który, podobnie jak i poprzednie z wyjątkiem jednego, zakończył się wyzdrowieniem. Od poprzednich przypadek ten różnił się tem, że wystąpił u rzeźnika, który bezpośrednio przed zachorowaniem miał do czynienia z mięsem wołu, u którego wykazano promienicę. W skrawkach mikroskopowych nie zdołano jednak wykazać charakterystycznego grzybka. Głównie jednak polemizuje autor z H. Langiem, który powołując się na jedno spostrzeżenie własne, chciał w „ropówce deskowatej szyi“ widzieć sprawę nowotworową. Pogląd ten zbija M., wykazując, że w przypadku L. chodziło o rozlany przerzut rakowy na szyi z pierwotnego raka języka, a pasożytnicze pochodzenie tego cierpienia popiera tem, że jeden tylko przypadek „ropówki“ zakończył się śmiertelnie z przyczyny obrzęku nagłośni — wszystkie zaś inne przeszły w wyzdrowienie. *Herman.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Burger. **Przyczynek do wyjaśnienia przyczyny opadnięcia macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Tłómaczenie opadnięć macicy przebytą ciążą, porodem i połogiem, i to nietylko w przypadkach patologicznych, ale często i fizyologicznych, jest jasne i daje się zastosować do znacznej liczby przypadków. Niema zgody co do tłómaczenia przyczyny powstania opadnięć tam, gdzie nie poprzedzały porody. I tak jedni dopatrują przyczyny w zajęciach osobnika, inni w sposobie życia, złem odżywieniu, wybrykach płciowych, zapaleniach i guzach w narządzie rodnym i t. p.; przyczyny te jednak nie zadawalniają, bo nie tłómaczą jasno stosunku między przyczyną a skutkiem. Bardziej prawdopodobne wydają się spostrzeżenia tych, którzy dopatrują się związku między powstaniem opadnięć a zmianą

rozwojową, dotyczącą miednicy, n. p. szeroki łuk łonowy i wogóle bardzo szeroka miednica, małe nachylenie miednicy, t. zw. miednica rozszczepiona, gdzie więc pęcherz moczowy i przednia ściana pochwy pozbawione są podpory, wreszcie bardzo krótkie, lub zupełny brak międzykrocza. Do ocenienia jednak wpływu przeszkody rozwojowej na opadnięcie macicy, mogłyby posłużyć tylko te przypadki, gdzieby ono istniało już od urodzenia, z wykluczeniem więc wszelkich innych czynników w rozwoju pozamacicznym osobnika. W piśmiennictwie podano dotąd 12 opadnięć pochwy i macicy u noworodków, a z tych w 10 istniała równocześnie tarń dwudzielna (spina bifida), a więc zmiana rozwojowa, która stoi w bezpośrednim związku przyczynowym z niedostatecznem unerwieniem ze strony nerwów krzyżowych. Zauważano też w 7 z tych przypadków równocześnie zaburzenia czuciowe i ruchowe w kończynach dolnych. Autor podaje dokładną historyę przypadku, przez siebie spostrzeganego, gdzie w położeniu pośladkowem urodził się płód żeński dojrzały z objawami tarni dwudzielnej. Kończyny dolne były silnie wyprostowane w stawie kolanowym i silnie zgięte w biodrowym, prawie nieruchome, nóżki w położeniu stopy piętowej (pes calcaneus), chłodne i sine. Mięśnie kończyn słabo rozwinięte, a nadto zupełny brak brzuśców mm. pośladkowych, wyprężaczy uda i mięśni łydkowych; również zauważono zupełne zniecczulenie kończyn i niedomogę pęcherza i kiszki stolcowej. Wkrótce po urodzeniu się dziecka po pierwszym krzyku wystąpił między wargami sromnemi guz, odpowiadający opadniętej pochwie i macicy. Dziecko umarło po 2 tygodniach, a sekcya wykazała jako przyczynę śmierci zapalenie opon mózgowych, a nadto zwyrodnienie i zanik mięśni miedniczych. Nie ulega wątpliwości, że tarń dwudzielna była tu bezpośrednią przyczyną, wywołującą powstanie opadnięcia. Jako przyczynę usposabiającą należy uważać lekkie tyłozgięcie macicy, która, nie znajdując żadnej podpory wskutek zaniku mięśni miedniczych, osuwała się ku dołowi. Ostatecznym czynnikiem wywołującym było wzmożenie ciśnienia śródbrzusznego przy krzyku dziecka, a może i przy przejściu brzuszka przez przewód rodny (położenie miednicowe). Przypadek ten wykazuje niezawodnie, że przy opadnięciu macicy odgrywają najważniejszą rolę mięśnie dna miednicy, a nie więzadła macicy, gdyż te ostatnie były tu dobrze rozwinięte; zarazem widzimy, że zanik mięśni podstawy miedniczej nie jest następstwem, jak niektórzy sądzą, ale z pewnością przyczyną opadnięcia, gdyż tu z powodu niedostatecznego unerwienia ze strony nerwów krzyżowych zanik tych mięśni istniał już dłuższy czas, podczas gdy opadnięcie nastąpiło dopiero w życiu pozamacicznem. O ile przypadki te mogłyby się przyczynić do wytłómaczenia opadnięć macicy u dorosłych kobiet, wykażą dalsze badania w tym kierunku.

Dr. E. Ehrenpreis.

Kurdinowsky. **Poród, spostrzegany na odosobnionej macicy. Adrenalina, jako środek działający na macicę.** (*Archiv für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). W celu zbadania czynności macicy bezpośrednio okiem i wpływu, jaki na nią wywierają różne czynniki drażniące, postępował autor w następujący sposób: w uśpieniu eterowem otwierał u królików jamę brzuszną: wprowadzał do aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych rurkę, połączoną zapomocą węża gumowego z naczyniem, napełnionem płynem Lockea o 38° C.; płyn ten przechodząc przez naczynia maciczne i wypierając z nich równocześnie krew, wychodzi następnie przez rurkę, wprowadzoną do żyły próżnej dolnej. Po zupełnem przepłókaniu macicy, co trwa przeciętnie 15′, wyjmuje ją następnie wraz z przydatkami, więzadłem szerokiem i okrągłem, tkanką przymaciczną, częścią aorty i żyły próżnej dolnej i wkłada do wilgotnej komory specyalnego przyrządu, gdzie zostaje odżywianą płynem Lockea, a każdy jej skurcz notowany na kymografionie Ludwiga. Istotnie udało mu się w ten sposób utrzymać macicę dość długo przy życiu, bo raz nawet 49 godzin 40 minut. Ze wszystkich bardzo ciekawych spostrzeżeń, których wyliczenie zbyt daleko przekraczałoby ramy ścisłego sprawozdania, spostrzeganie czynności porodowej jest najbardziej zajmujące. Już sama możność takiego spostrzegania na macicy zupełnie odosobnionej wykazuje, że czynność ta może się odbywać w zupełnej niezależności od wpływu ośrodkowego układu nerwowego, któremu należy prawdopodobnie przypisać znaczenie regulujące czynność macicy. Nadto wskazuje to spostrzeżenie na ważne znaczenie miejscowego unerwienia samej macicy. Peryodyczne skurcze, przerywane krótszym lub dłuższym okresem bezczynności, spostrzegano także na macicach nieciężarnych. Oprócz 26 doświadczeń fizyologicznych dokonał autor 60 farmakologicznych i doszedł do następujących wniosków: hidrastynina działa na mięsień macicy bez względu na wpływ ośrodkowego układu nerwowego i nadaje skurczom nawet charakter tężcowy. Na naczynia macicy odosobnionej nie działa ona zupełnie; z tego wynika, że skurcze, wywołane tym środkiem, nie zależą od zwężenia światła naczyń i że charakterystyczne dla tego środka działanie zwężające naczynia nie powstaje na drodze obwodowej, lecz drogą ośrodkowego układu nerwowego. Kwas sfacelinowy działa podobnie. Tem samem tłómaczy się i działanie sporyszu t. zn., że on wpływa na macicę drogą obwodową z ominięciem ośrodkowej i wywołuje skurcze macicy zupełnie niezależnie od skurczu naczyń. Wpływ wodnika chloralu i alkoholu na odosobnioną macicę jest stosunkowo mały, a tylko silne zgęszczenia tych trucizn działają hamująco na czynność skurczową macicy. W końcu badał autor wpływ adrenaliny, którą stosował tylko w słabym rozczynie 1 : 20, 10 i 5 milionów, i przekonał się o nadzwyczajnej wrażliwości odosobnionej macicy na choćby najsłabsze rozczyny tego środka. Skurcze zupełnie prawidłowe po przepuszczeniu przez macicę adrenaliny w rozczynie 1: 10.000.000 przyjmowały charakter silnie tężcowy. Tak długotrwałych i energicznych skurczów nie widział autor nigdy ani po hidrastyninie, ani po kwasie sfacelinowym; zarazem zauważono znaczne wzmożenie się wrażliwości macicy na czynniki mechaniczne. Skurcze te występują równie silnie i w więzadłach, jak i przydatkach. Nadto wywołuje adrenalina bardzo silne zwężenie naczyń — tak, że prąd wypływającego z naczyń płynu zwolnił się $4^1/_2$ razy. Wyniki te, otrzymane na macicy odosobnionej, potwierdziły się i po wprowadzeniu adrenaliny zwierzęciu żyjącemu do żyły usznej. Ze względu więc na to, że środek ten znacznie więcej wzmaga skurczową czynność macicy, aniżeli inne środki, uchodzące dotąd jako swoiste, a zarazem bardzo silne jego działanie zwężające naczynia, powinny pobudzić do dalszych badań klinicznych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Doc. Dr. R. Klapp. **Studya doświadczalne nad znieczulaniem rdzeniowem.** (*Archiv Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). K. stwierdził doświadczalnie na psach, że wsysanie z opon rdzeniowych w przeciwieństwie do wchłaniania z tkanki podskórnej następuje nader żywo i wydatnie. Przeważna część n. p. cukru mlecznego ulegała wessaniu z opon rdzeniowych w pierwszej godzinie, z tkanki podskórnej zaś wchłanianie odbywało się powoli i jednostajnie przez przeciąg kilku godzin. Do tego faktu odnosi K. większość objawów ubocznych (gorączka, ból głowy i t. d.), jakie stwierdzamy po kokainizacyi rdzenia. Trzeba zatem wessanie kokainy opóźnić. Częściowo kwestyę tę rozwiązali już Poier i Dönitz, wstrzykując do opon kokainę w parę minut po adrenalinie. Jednakowoż objawy uboczne zmniejszyły się, nie znikły jednak całkowicie. Więc K. wstrzykiwał kokainę w rozczynach żelatyny. Tym sposobem udało się mu znieczulać psy od końca nosa do końca ogona, bez wywołania objawów toksycznych, chociaż użyć musiał tyle kokainy, że w zwykłych warunkach zabijałby zwierzę bezwarunkowo. Ponieważ jednak żelatynę należy bardzo troskliwie odkażać, skutkiem czego stracić ona może swe własności wywoływania krzepnięcia, przeto u ludzi kombinacya ta nie może znaleźć zastosowania. Próbował więc dalej. Zwrócił się przedewszystkiem do oliwy, w której, jak wiadomo, kokaina bardzo trudno się rozpuszcza. Przez dodatek kilku kropel gliceryny otrzymywał stosunkowo łatwo odpowiednie rozczyny. Rozczyny te u psów stosował z doskonałem powodzeniem i znieczulał całego psa bez objawów zatrucia. Tymczasem udało mu się uzyskać preparaty, w oliwie łatwo rozpuszczalne (*cocainum oleinicum, phenylicum, picrinum*) i rozpoczął nimi dalsze badania. O wyniku zda sprawę później.

Herman.

OKULISTYKA. Roemheld. **O tonicznem oddziaływaniu źrenic niewrażliwych na światło.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 46, 1904). Autor przytacza zajmujące zachowanie się źrenic u chorego, u którego oprócz względnej nieruchomości źrenic nie stwierdzono żadnych objawów cierpienia rdzeniowego. Chory, nie obarczony kiłą, posiada dawne zmiany gruźlicze i objawy choroby Basedowa. Obie źrenice są szerokie, nierównej wielkości, niewrażliwe na światło. Przy akomodacyi, ruchach zbieżnych gałek i przy natężonem zamknięciu powiek, obie źrenice zwężają się szybko *ad maximum*, pozostają w tym stanie bardzo długo i rozszerzają się nadzwyczaj powoli, zmieniając przytem nieustannie swój kształt. Dotychczas spostrzegano owe oddziaływanie źrenic w odziedziczonej kile z matołectwem, w rozsianem stwardnieniu, wiądzie rdzenia pacierzowego, cukrzycy, zatruciu alkoholem i porażeniu. Nierozstrzygniętem zatem pozostaje, czy w przypadku opisanym choroba Basedowa wpłynęła na powstanie tego objawu. Pozostaje także niewiadomem, czy mamy tu do czynienia z zajęciem chorobowem ośrodka źrenicy, lub odśrodkowego ramienia łuku odruchowego, czy też sprawę chorobową, umiejscowioną w samym mięśniu źrenicy. Z powodu braku badań anatomicznych toniczne oddziaływanie źrenic niema jeszcze znaczenia dla rozpoznania i rokowania; dalsze ścisłe badania przyczyniłyby się mogły do wyjaśnienia tego objawu.

W. Reis.

OTYATRYA. Prof. Barth. **Otitis externa ulcerosa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, 17). Autor spostrzegał niejednokrotnie osobliwą postać zapalenia przewodu ucha zewnętrznego

zaliczaną prawdopodobnie przez innych autorów do czyraków, a odróżniającą się jednak od nich tak dalece, że B. uważa za stosowne oddzielić ją od nich, jako osobną jednostkę chorobową. U chorego, skarżącego się na bóle w uchu, stwierdzono umiejscowioną bolesność przy obmacywaniu ucha i brak zmian w błonie bębenkowej, co upoważniało do rozpoznania zapalenia ucha zewnętrznego. Jednocześnie zdano sobie sprawę, że na ścianach przewodu był zupełny brak zmian zapalnych, lub tylko bardzo nieznaczne, pozostające w rażącym niestosunku do nasilenia bólów. Nawet na szczycie choroby objawy zapalne, jak zaczerwienienie i obrzmienie, były uderzająco mierne w porównaniu do zapalenia czyrakowego. W początku choroba ta nie daje się odróżnić od czyraków, to też autor leczy ją, jak gdyby to były czyraki: wytamponowaniem przewodu ucha zewnętrznego tamponem, zamaczanym w 1‰ roztworze sublimatu. Podczas atoli, gdy czyrak przy tem leczeniu rozdziela się albo przechodzi szybko w ropienie i oddziela obumarły czop, choroba w mowie będąca przedstawia coraz wyraźniej cechy rozlanego zapalenia większego obszaru przewodu ucha zewnętrznego. Wkrótce naskórek oddziela się w rozciągłości główki od szpilki, pozostawiając okrągłe, w środku obnażone rozpadające się powierzchownie brudnożółtoszaro zabarwionej miejsce skóry. Zwykle nie przychodzi do wytworzenia się ropni ws kórze, lub w otoczeniu, ani do czopka nekrotycznego, jak w czyraku, lecz mamy tu zawsze do czynienia z powierzchownemi małemi owrzodzeniami. Tę postać chorobową nazywa autor *»otitis externa ulcerosa«* i leczy ją zapomocą maści.

Spira.

PEDYATRYA. Dr. Bussy. **Drżączka u dzieci.** (*Monats. f. Kinderheilk.*, Band III, Nr. 9, 1904). Zestawiwszy z piśmiennictwa przypadki drżączki u dzieci, powstałej na tle dziedzicznem, na tle histerycznem, względnie histeryczno-urazowem, opisuje autor przypadki drżączki, będącej w związku z chorobami zakaźnemi, zwłaszcza z zapaleniem płuc, występującej śród objawów gorączkowych, analogicznie do częstej zakaźnej etyologii porażeń mózgowych u dzieci. Dla wytłómaczenia faktu, że objawy mózgowe, towarzyszące drżączce, zupełnie mogą zniknąć, trzeba przyjąć, że objawy te były wywołane słabym jadem, który nie sprowadził zmian głębiej sięgających; zaś w przypadku dotyczącym dziecka, mającego rok i 2 miesiące życia, pozostało słabe upośledzenie umysłowe, zdaje się skutkiem głębszych zmian mózgowych, nie dozwalających zupełnej restytucyi czynności mózgu. Gdzie szukać ogniska wywołującego drżączkę? Tu brak zmian patologiczno-anatomicznych i autor zgadza się ze zdaniem Leydena i Goldscheidera, że tak jak zaburzenia czynności mózgu wywołują drżączkę, tak samo i choroby rdzenia pacierzowego mogą je wywołać.

Dr. Bolesław Komorowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Unna. **Mydło keraminowe.** (*Monatshefte für Dermatologie* T. 39, Nr. 2). Pośród powodzi środków leczniczych, którymi niemal codziennie zasypuje lekarzy przemysł farmakochemiczny, specyalnie w zakresie dermatoterapii, na szczególną uwagę zasługują przetwory, polecone przez Unnę, który nietylko nowymi lekami, ale i nieznanemi dotąd metodami ich zastosowania, tak bardzo przyczynił się do zbogacenia lecznictwa w zakresie chorób skórnych. Obecnie po badaniach w swej pracowni poleca Unna t. zw. „mydło keraminowe“, wyrabiane przez firmę Töpfera w Lipsku; pod względem zawartości składa się ono z ługu potasowego i sodowego, balsamu peruwiańskiego, talku, olejku goździkowego i w znacznej ilości cynamonowego. Jakkolwiek nie jest to mydło nadtłuszczone, oddziaływa bowiem tylko obojętnie i przy jego zastosowaniu wytwórca nie poleca równoczesnego stosowania tłuszczów, ma ono służyć głównie do leczenia wyprysków u dzieci. Oprócz tego, iż oczyszcza skórę jak wogóle każde mydło zresztą, działa przedewszystkiem odwaniająco, silnie wysusza skórę, a przytem wybitnie zmniejsza uczucie świądu, zalety, które w leczeniu wyprysków u dzieci tak ważną grają rolę. Własność wysuszania skóry zawdzięcza mydło to obecności talku, który ma w tym przypadku podobne znaczenie, jak dodatek pudru przy wytwarzaniu past; działanie uśmierzająco świąd, odwaniające, a głównie przeciwpasorzytnicze zawdzięcza olejkom eterycznym, głównie olejkowi cynamonowemu, zaś balsam peruwiański, według zdania Unny, gra rolę tylko podrzędną. Stosuje się to mydło w ten sposób, że 2 lub 3 razy dziennie wciera się jego pianę, która na skórze przysycha. Wskazania lecznicze głównie stanowią: wyprysk łojotokowy na głowie u dzieci (*eczema seborrhoicum*) i *eczema intertriginosum* na szyi i karku tłustych dzieci, oraz w pachwinach i w okolicy otworu stolcowego: lżejsze przypadki goją się już, jeżeli powierzchnie skóry stykające się z sobą, zaczerwienione i nawet lekko sączące, myje się dwa lub trzy razy dziennie mydłem keraminowem bez wszelkich dodatków; w cięższych przypadkach radzi autor w przerwie między jednem a drugiem myciem posypywać chore miejsca pudrem, lub wcierać pastę cynkowo-siarczaną. Że silnie zmacerowana warstwa rogowa skóry, dotkniętej tą postacią wyprysku, wogóle znosi działanie mydła, dowodzi to, że wpływ leczniczy jego polega głównie na własnościach przeciwpasorzytniczych, zależnych prawdopodobnie od obecności kwasu cynamonowego, który niszczy drobnoustroje, zawarte w powierzchownych warstwach skóry; więc działanie to jest nie objawowe, lecz etyologiczne. *Impetigo vulgaris, folliculitis i acne pustulosa* stanowią dalsze wskazania lecznicze.

Steuermark.

Dr. Kuscheff. **Teocyna jako lek moczopędny.** (*Wraczebn. Gaz.*, Nr. 23, 1904). K. podawał teocynę w 7 przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej, w 3 przypadkach rozedmy płucnej, w trzech przypadkach ostrego miąższowego zapalenia nerek, w 2 przypadkach puchliny w następstwie zimnicy, w 1 przypadku zapalenia mięśnia sercowego, w 1 przypadku niedomykalności i zwężenia ujścia aorty, razem u 17 chorych szpitala w Saratowie. Twierdzi on, iż w teocynie posiadamy bardzo dobry lek, mogący wywrzeć skuteczne działanie w tych nawet przypadkach, w których inne środki zawiodły. W puchlinie wodnej, występującej przy wadach sercowych, może teocyna usunąć najgroźniejsze objawy, a przedewszystkiem przesączyne, nagromadzoną w jamie opłucnowej i otrzewnowej. Działanie moczopędne występuje zwyczajnie w 3—4 dniach, przyczem ilość moczu powiększa się o 3—4 razy. Odpowiednio do tego znikają obrzęki, duszność i inne objawy podmiotowe. Na tętno, jak się zdaje, teocyna nie wpływa. Objawy uboczne stwierdzono u 3 chorych (nudności, biegunka, ślinotok). Dawka nie powinna przekraczać 0·9 na jeden dzień.

Baschkopf.

VII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagielońskim.

Zarys dziejowy [1])

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu“.
(*A. Mickiewicz*).

Sto lat upływa, odkąd w rzędzie wykładów, ogłaszanych przez Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, spotykamy medycynę sądową jako odrębny przedmiot. Jeźli zaś wiek istnienia katedry medycyny sądowej jest znikomo małym w porównaniu z przeszło pięciowiekowem istnieniem krakowskiej Szkoły głównej, to przecież i ten względnie krótki okres dziejowy małej cząstki Wszechnicy zasługuje na wdzięczną pamięć i wspomnienie tem bardziej, że rozpatrując tę przeszłość z jej zaletami i wadami, możemy przez porównanie ocenić łatwo jej teraźniejszość i wytknąć drogi na przyszłość. Rzut oka wstecz przekona nas, że co do czasu wprowadzenia nauki medycyny sądowej nie byliśmy wiele późniejszymi od uczonego Zachodu Europy, że rozwój jej u nas kroczył temi samemi drogami, a co ważniejsza, że obecne nasze usiłowania, zdążające do pogłębienia tego studyum u uczniów, w niczem nie różne od dawniejszych, rozbijają się o te same, co i dawniej, szkopuły.

Medycyna sądowa stanowi, jak wiadomo, jedną z najmłodszych gałęzi nauki lekarskiej, albowiem rozwój jej był ściśle zależny od rozwoju ustawodawstw sądowych. Dopiero z chwilą wprowadzenia w sądach postępowania dowodowego, opartego na przedmiotowem dochodzeniu istoty czynu, mogła się medycyna sądowa wytworzyć jako samoistna gałęź wiedzy lekarskiej. Chwila ta przypada na wiek XVI; odtąd też zaczynają uczeni lekarze poświęcać pracę swą w celu rozjaśnienia odnośnych zagadnień sądowo lekarskich i ujęcia tej wiedzy w odpowiednią całość. Powstanie medycyny sądowej jako odrębnej nauki lekarskiej nie pociąga za sobą bezpośrednio potrzeby głoszenia i nauczania jej z katedr

[1]) Z rękopisu pracy tej korzystał za zgodą autora Dr. S. Placzek w Berlinie przy opracowaniu dziejów med. sąd. dla Puschmanna: *Handbuch d. Geschichte d. Medicin.*

uniwersyteckich. Tę potrzebę odczuto dopiero w drugiej połowie XVIII wieku, w którym to czasie tak w Niemczech a zwłaszcza we wszechnicach austryackich, jak i we Francyi (Dr. Paweł Mahon pierwszy profesor medycyny sądowej w Paryżu od r. 1795) utworzono oddzielne katedry dla medycyny sądowej i policyi lekarskiej. Austryi przypada w niepodzielnym udziale zaszczyt utworzenia pierwszego zakładu medycyny sądowej w Wiedniu wskutek usilnych zabiegów, czynionych w początku XIX wieku przez znakomitego nauczyciela tego przedmiotu prof. Dra J. Berndta.

Brak odpowiedniego rozwoju sądownictwa i postępowania sądowego dawnej Rzeczypospolitej był powodem, że medycyna sądowa nie mogła się rozwinąć, tem mniej mogła sobie zdobyć należne stanowisko w Wydziale lekarskim krakowskiej Szkoły głównej, zwłaszcza zaś, ile że powstanie katedr rzeczonego przedmiotu przypada na Zachodzie Europy na czas ostatecznego upadku kraju. Mimo to jednak była chwila, która mogła stworzyć tę naukę u nas, a chwilę tę stanowi rok 1778, t. j. rok ogłoszenia przez ex-kanclerza Andrzeja ordynata Zamoyskiego zbioru ustaw, który przyjął *„pro primo objecto* sprawiedliwość naturalną“. W myśl tego założenia nakazywał ów zbiór ustaw między innymi wzywać biegłych w sztuce lekarskiej do sekcyi zwłok w przypadkach przestępstw, nadto zasięgać zdania białogłów, obeznanych z porodami w przypadkach dzieciobójstwa. Niestety zbiór ustaw ordynata Zamoyskiego nie uzyskał nigdy mocy obowiązującej.

Powolny upadek państwa odbił się wiernie na losach krakowskiej Szkoły głównej, a zwłaszcza na jej Wydziale lekarskim. Na kilka lat przed ostatnim rozbiorem Rzeczypospolitej, t. j. od r. 1768—1770 składa się grono profesorów Wydziału lekarskiego z jedynego tylko członka w osobie prof. Camelina. W r. 1770 wita Camelin jako drugiego członka przybyłego z zagranicy Jędrzeja Badurskiego, który we Włoszech uzyskał dyplom doktora medycyny. W r. 1779 liczy Wydział lekarski trzech profesorów, t. j. Badurskiego, seniora Wydziału po śmierci Camelina, Lucego i Rafała Czerwiakowskiego. Dnia 2 listop. 1780 liczy Wydział lekarski pięciu profesorów w myśl reformy zaprowadzonej przez Komisyę Edukacyjną. W tym to czasie powstaje pierwsza pracownia anatomiczna pod kierunkiem R. Czerwiakowskiego, której materyału dostarcza wskutek wniosku i starań Badurskiego Magistrat miasta Krakowa, przesyłając w tym celu wszelkie zwłoki zbrodniarzy, straconych za wyrokiem. Lecz nie tylko w tem upatrywać musimy wielkiej zasługi Badurskiego (ur. w r. 1740 w Krakowie, zmarłego 18 marca 1789) dla dobra Wydziału lekarskiego a zarazem i naszej nauki, albowiem tenże Badurski, przekonawszy się naocznie za granicą, jak dalece ważnemi są dla lekarza wiadomości z zakresu policyi lekarskiej, profilaktyki chorób i medycyny sądowej, wykłady swe kliniczne urozmaica i pogłębia uwagami z zakresu tych przedmiotów. Uwag tych, tyczących się medycyny sądowej, czynionych w swych wykładach przez Badurskiego, nie można uważać za pierwsze wykłady naszego przedmiotu. Jakkolwiek bowiem i w Niemczech w tymże czasie, a nawet i później, niejednokrotnie spoczywała medycyna sądowa w rękach profesorów przedmiotów klinicznych, miała przecież dla siebie wyznaczone odrębne kolegia, obejmujące jej systematyczny całokształt. W każdym jednak razie uwzględnianie chociaż tylko epizodyczne medycyny sądowej w klinicznych wykładach Badurskiego dowodzi jego niepospolitej wiedzy i zrozumienia potrzeb przyszłych lekarzy. Uwagi te stanowią zarazem zaranie późniejszej katedry tego przedmiotu.

I. Okres od r. 1804—1809.

Po zajęciu Krakowa w r. 1795 Rząd austryacki zachował zrazu poprzedni stan w Akademii. Dopiero później przystąpiono na mocy postanowienia cesarza Franciszka z 8 sierpnia 1805 do jej reformy, wcielając do niej zwiniętą wówczas Wszechnicę lwowską i uzupełniając grono profesorów Wydz. lek. profesorami, powołanymi ze Lwowa i Wiednia. Nowy porządek nauczania wiedzy lekarskiej odpowiadał temu, jaki w myśl dekretu Izby nadwornej wiedeńskiej z 17 lut. 1804 obowiązywał wszystkie akademie Austryi. Porządek ten przetrwał aż do pierwszych chwil przynależności Krakowa do Księstwa Warszawskiego. Studyum lekarskie rozpadało się na wyższe, pięcioletnie, z językiem wykładowym łacińskim, dające prawo do uzyskania stopnia doktora i na niższe, 2 — względnie 3 — letnie, z polskim językiem wykładowym, nadające prawo do uzyskania tytułu magistra chirurgii. Pierwsze składało się z trzechlecia teoryi i dwulecia praktyki. W 3 roku studyów teoretycznych uczniowie wyższego rzędu byli obowiązani słuchać przez pierwsze półrocze wykładów o policyi lekarskiej wedle dzieła I. P. Franka; w drugiem zaś półroczu wykładów medycyny sądowej wedle dzieła Plenka. Wobec tego przepisu zaszła konieczność utworzenia osobnej katedry dla policyi lekarskiej i medycyny sądowej. Gdy zaś stosowanie tych przedmiotów w praktyce spoczywało naówczas przedewszystkiem w rękach lekarzy urzędowych, czyli tak zwanych fizyków, przeto do konkursu o katedrę rzeczoną stanął już 29 paźdz. r. 1804 ówczesny fizyk miejski Dr. med. Jerzy Knobloch, którego w następstwie powołuje Wielkorządztwo galicyjskie postanowieniem z 8 listopada 1805 jako zastępcę profesora medycyny sądowej i policyi lekarskiej i poleca mu rozpocząć wykłady. Obok tego oddaje się on nadal zajęciom fizyka miejskiego. W następnym roku, t. j. 23 marca 1806 r. zyskuje zastępca profesora medycyny sądowej Dr. Knobloch potwierdzenie jako notaryusz czyli sekretarz Wydz. lek. W roku 1807/8 piastuje urząd dziekana Wydz. lek., z czego wynika, iż poprzednio musiał uzyskać mianowanie na zwyczajnego profesora medycyny sądowej. Jakkolwiek Dr. Knobloch musiał być niemcem, sądząc po nazwisku jego i po zaufaniu, jakiem go darzył Rząd austryacki, powierzający mu ważne stanowiska fizyka miejskiego, notaryusza, profesora, a potem dziekana Wydz. lek., to przecież władał on widocznie wprawnie językiem polskim, skoro w myśl postanowienia nadworn. kancel. wiedeńsk. z 19 maja 1806 powierzono mu od r. 1807 wykłady medycyny sądowej i policyi lek. dla uczniów niższego rzędu w polskim języku wygłaszane. O działalności jego nauczycielskiej nie mamy żadnych wiadomości, tak jak i o jego przeszłem i późniejszem życiu niema nigdzie żadnych wzmianek. To pewna, że w zakresie swego przedmiotu nie pracował naukowo, albowiem żadnej pracy nie ogłosił drukiem w niemieckim lub polskim języku. Natomiast posiadamy pewne wskazówki, tyczące się jego urzędowania w charakterze dziekana Wydziału, a te świadczą, że był to człowiek prawy, stojący ponad stronnictwami, kierujący się tylko sprawiedliwością, mający odwagę wystąpienia przeciw złej woli i przewrotności drugich. Pod tym względem więc odpowiadał wymaganiom etycznym, jakie poczytywano wówczas za niezbędne przymioty lekarza sądowego. I tak bowiem domaga się Metzger, aby lekarz sądowy posiadał obok gruntownej wiedzy teoretycznej i praktycznej uczciwość i nieposzlakowany bieg życia, umysł trzeźwy i nieustraszony w dochodzeniu prawdy, a przytem, aby objawiał także prawdziwą miłość względem bliźnich.

Okres dziejowy Wydz. lek. od r. 1804—1809 można śmiało nazwać świetnym. Podczas gdy bowiem w r. 1796 liczyło jego grono nauczycielskie 5 profesorów i jednego prosektora, to w r. 1808/9 liczyło ono 11 profesorów i 3 asystentów, dzięki czemu powstały wówczas katedry oddzielne dla położnictwa, medycyny sądowej i policyi lekarskiej, które nigdy przedtem nie istniały. Nie dosyć na tem, katedry zajmowali, jak pisze Skobel, ludzie przeważnie niepospolitego uzdolnienia, wiedzy i pracy naukowej, — niestety brakło jednak między nimi harmonii pożycia i zgody. *„Iniuria in bonos nisi a malis non tentatur; bonis inter se pax est; mali tam bonis perniciosi, quam inter se“* powiedział

Seneka. A w gronie tych mężów nauki znalazło się kilku zawistnych i zazdrośnych o powodzenie drugich. Zazdrość jednych, np. Collanda (prof. położnictwa), Schultesa, Kiliana (prof. kliniki lekarskiej) i t. d. o wielką wziętość w praktyce lekarskiej doskonałego chirurga Rusta sprowadza zajścia nie tylko natury prywatnej (proces sądowy Rusta z Schultesem), lecz także urzędowe jawne i tajne. Do tajnych zaliczyć należy doniesienie Collanda i Vettera (prof. anatomii) do Wielkorządztwa Galicyi o nieprawnem używaniu przez Rusta tytułu doktora medycyny, którego wynikiem było poddanie się Rusta, będącego doktorem wyższej chirurgii, egzaminom w celu uzyskania stopnia Dra med. Egzamina te złożył Rust za dziekanatu Dra I. Knoblocha. Skoro zaś Dr. Knobloch przychylił się wraz z większością Wydziału do prośby Rusta o uchylenie Schultesa od funkcyi egzaminatora z uwagi na ich wrogie stosunki, poczem Schultes wniósł skargę do Rządu, iż egzaminy Rusta odbyły się z pogwałceniem wszelkich przepisów, dziekan Knobloch był zmuszony na wezwanie Rządu wyjaśnić swe zarządzenie. Rząd je przyjął za uzasadnione i zatwierdził dyplom Dra med. zyskany przez Rusta. W tymże jeszcze roku rzuca Schultes pełnemu Wydziałowi na posiedzeniu jawną obelgę, że składa się on z samych nieuków, a przyczyną tego namiętnego wystąpienia jest uchwała Wydziału, dopuszczająca pewnego kandydata do egzaminu drugiego wbrew odmiennemu zdaniu Schultesa. O tej obeldze donosi z urzędu dziekan Knobloch Senatowi w dniu 14 czerwca 1808, a Senat zdaje z niej sprawę Rządowi, nazywając Schultesa burzycielem spokoju i sprężyną walk w Wydziale lek., głośnych w mieście i podkopujących jego powagę. Rząd nie rozstrzygnął już tego zatargu, gdyż wkrótce potem Schultes opuścił Kraków, objąwszy katedrę wszechnicy bawarskiej w Landshut, przeniesionej w r. 1826 do Monachium. W tem trudnem położeniu, w jakiem w czasie najgwałtowniejszych walk między kolegami znajdował się Knobloch jako dziekan, a więc i medyator zatargów, postępował on z całą godnością i prawością, bo ściśle przedmiotowo i w obronie niesłusznie krzywdzonych. To jego przedmiotowe postępowanie, które nie ściągnęło nań żadnego zarzutu lub bezpośredniego pocisku, musiało być mu właściwem także i w roli jego jako egzaminatora z medycyny sądowej i policyi lek. przy egzaminach na doktora lub magistra.

O dalszej pracy i losach pierwszego profesora medycyny sądowej nie wiele możemy już powiedzieć dla braku danych. Knobloch wykłada jeszcze przez rok szkolny 1808/9 i pełni urząd prodziekana Wydziału. Dnia 9 listopada 1809 pisze na okólniku dziekana Adamiego prof. weterynaryi, wzywającym profesorów na posiedzenie w celu wydania orzeczenia w sprawie sądowo-lekarskiej, że na posiedzenie to nie przybędzie, albowiem wobec wcielenia Krakowa do Księstwa Warszawskiego, urzędowanie swe uważa za skończone. Dnia 30 list. 1809 zbierają się niedobitki grona nauczycielskiego Wydz. lek., t. j. dziekan Dr. Adam i prof. Colland, Rhodius prof. botaniki i chemii i Knobloch na ostatnie posiedzenie i dzielą się kasą Wydziału, wynoszącą 262 złr., a dnia 4 stycznia 1810 obejmuje dziekanat prof. Dr. Franciszek Kostecki z polecenia Rządu Księstwa Warszawskiego. Z chwilą ustąpienia z katedry przechodzi Knobloch w dalszym ciągu do służby sanitarnej cesarstwa austryackiego i piastuje w latach 1815—1819 urząd lekarza powiatowego w Myślenicach, od r. 1820 ten sam urząd w Wadowicach, a ślad jego ginie w szematyzmie około r. 1840, być może wskutek jego śmierci lub przejścia w stan spoczynku. Brak wzmianki o Knoblochu w „słowniku lekarzów polskich“ Kośmińskiego, luźna wzmianka o nim w „Zbiorze wiadomości“ Gąsiorowskiego, brak wzmianki w leksykonie Wurzbacha, w bibliografii Estreichera, brak śladów jakiejkolwiek jego naukowej publikacyi dowodzą, że nie odgrywał on wybitniejszej roli, ani też nie dał się poznać jako autor prac naukowych. Tem też należy sobie tłómaczyć późniejsze objęcie przezeń posady rządowego lekarza powiatowego na prowincyi, zatem objęcie stanowiska w każdym razie nader skromnego dla byłego zwyczajnego profesora i dziekana Wydz. lek. krakowskiej Szkoły głównej. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 stycznia.

* Dawniejsza z przed pół wieku zasada, że każdy lekarz polski ma moralny obowiązek prenumerowania wszystkich pism lekarskich polskich i że zatem zbytecznem jest ogłaszanie sprawozdań z prac polskich, straciła przynajmniej od ćwierć wieku wszelką podstawę realną: prenumerować kilkanaście czasopism i wszystkie je czytać, to przecież przekracza wszelką możność każdego lekarza. Anachronizm ten jednak w drugiem swem twierdzeniu, że sprawozdania z bieżącego lekar. piśmiennictwa polskiego są zbyteczne, trwa dalej, a ujemne jego skutki dają się uczuć w tem, że autorowie prac lekarskich polskich zupełnie i bezwiednie zapoznają piśmiennictwo ojczyste, co wszyscy stwierdzamy codziennie. Dla będących u źródła nie trudno poinformować się w cennem rocznem sprawozdaniu z piśmiennictwa lekarskiego polskiego, które od kilku lat wychodzi w „Pamiętniku Towarz. lekar. warszawskiego“, lub w sprawozdaniach miesięcznych „Nowin lekarskich“, lecz lekarz, przebywający na prowincyi i obywający się jednym tygodnikiem, znajduje się w położeniu trudnem, bez wyjścia.

Nie posiadając dość miejsca w „Przeglądzie lekarskim“, usiłowaliśmy złemu zapobiedz przez zaprowadzenie rubryki „Bibliografia“, w której podajemy tylko tytuły rozpraw, co oczywiście nie może zastąpić sprawozdań i służy tylko dla oryentacyi. **Uznając całą doniosłość ogłaszania streszczeń z piśmiennictwa polskiego, postanowiliśmy od Nowego Roku zdawać sprawę w rubryce wyciągów ze wszystkich naukowych oryginalnych prac lekarskich polskich, a jednocześnie pozostawić i nadal rubrykę »Bibliografia« dla szybszej oryentacyi i wcześniejszego poinformowania się.**

* Dowiadujemy się, że miejska elektrownia krakowska jeszcze nie będzie mogła połączyć przed 15 stycznia „Domu Towarzystwa lekarskiego“ z przewodami do oświetlenia miasta, a tem samem i posiedzenie administracyjne Towarz. lekar. krakow. najprawdopodobniej będzie musiało się odbyć jeszcze w tyle gościnnej dla Towarzystwa sali wykładowej prof. Szajnochy.

* Ministeryum spraw wewn. zarządziło, ażeby władze polityczne wzywały delegatów Izb lekarskich na posiedzenia krajowych Rad zdrowia w tych razach, kiedy na porządku dziennym znajdować się będą sprawy zawodowej działalności lekarzy, publicznego pielęgnowania zdrowia, oraz wszystkie, wchodzące w zakres ogólno-sanitarny.

* Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy donoszą nam, że Dr. Richter ze Stanisławowa nadesłał kwotę 62 koron, zebraną od 26 lekarzy i 4 aptekarzy, a przeznaczoną dla funduszu wdów i sierót, utworzonego przy Towarz. samopomocy lekarzy. Ofiarodawcy złożyli pieniądze te zamiast wieńca na grób zmarłego kolegi Dr. Ochsenhorna.

* XII Kongres wewnętrznej medycyny odbędzie się w Wiesbadenie w kwietniu, 1905 roku, pod przewodnictwem Erba.

* Między 11 a 17 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, czortkowskim, dobromilskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, niskim, przemyślańskim (po 1 gminie), rawskim (2 gm.), stryjskim, tarnopolskim, turczańskim i żółkiewskim (po 1 gminie).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Maurycy Ochsenhorn, lat 62 — w Stanisławowie. Dr. Adam Dobrowolski, lekarz okręgowy, zmarł 30 z. m. Dr. Jan Wszebor, lat 68, zmarł w Warszawie. Życiorys podamy w Nr. następnym.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Suner mianowany prof. fizyologii w Sewilli. Doc. Löwi mian. profesorem nadzwycz. farmakologii w Marburgu. Honorowym zwycz. profesorem dermatologii mian. został Dr. Wolters w Rostoku. Tytuł profesorski otrzymali w Berlinie: Dr. Mackerodt (ginekolog) i Dr. Martens (chirurgia).

* *Otrzymaliśmy następujące listy otwarte z prośbą o ogłoszenie:*

„Szanowna Redakcyo! Upraszam o łaskawe umieszczenie następujących uwag:

Z powodu ogłoszenia konkursu na posadę lekarza miejskiego w Czchowie uważam za stosowne poinformować kolegów, mogących reflektować na to stanowisko, że Czchów należy do okręgu sanitarnego czchowskiego, funkcye lekarza miejskiego czyli gminnego w Czchowie pełnię ja z urzędu jako lekarz okręgowy tamże (od r. 1897) na podstawie instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych, wydanej do ustawy z dnia 2 lutego 1891 Dz. u. k. l. 17; dalej, że uchwałę Rady gminnej w Czchowie, spowodowaną presyą pewnych sfer, a postanawiającą rozpisanie powyższego konkursu, Wydział powiatowy w Brzesku jako władza nadzorująca gospodarkę gminną, zniósł pismem z dnia 24/X 1904 l. 4664, wskutek czego wydatku na lekarza miejskiego czyli gminnego Rada gminna w Czchowie nawet w budżet nie wstawiła; następnie, że według brzmienia powyżej przytoczonej ustawy płaca lekarza gminnego (miejskiego) nie może być niższą od kwoty 1.000 koron.

Wreszcie zaznaczam, że ogłoszenie powyższego konkursu należy uważać jako manewr wyborczy pewnych sfer z powodu mającego niebawem nastąpić wyboru nowej zwierzchności gminnej w Czchowie.

Pozostaję z szczególnem poważaniem

Dr. Franciszek Janczy.

* Dr. Langie uprasza nas o sprostowanie „niedokładnego“ oddania jego słów przez „Wiadomości Izbowe“ (Nr. grudniowy), dotyczących umotywowania powodów, dla których wstrzymał się on od głosowania nad wnioskiem o interwencyę Izby w sprawie strejku lekarzy tarnowskich. Tekst sprostowania, nadesłany przez Dr. Langiego brzmi, jak następuje: po słowach: *„Dr. Langie zastrzegł sobie wpisanie do protokołu“* winno być: *„że wstrzymuje się od głosowania nad wnioskiem o interwencyę Izby w sprawie strejku lekarzy tarnowskich, ponieważ dostarczone Wydziałowi informacye są zbyt skąpe i niedokładne, a nawet zachodzą w nich pewne sprzeczności“.*

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Lud. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi. Krokiewicz: Przypadek „chloroma multiplex“ (dok.). Świątecki: Rad i jego promienie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 52. Heryng: O nowych metodach inhalacyjnych (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 24. Kowalczewski: Przyczynek do budowy torbieli skórzastych jajnika (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 11. Szczepaniak: Sprawozdanie z miesięcznej działalności ruchomego oddziału okulistycznego w m. Opocznie gub. radomskiej. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Przedborski: Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa.

— *Postęp okulistyczny* (grudzień). Bałłaban: O szklistem zwyrodnieniu spojówki gałkowej. Noiszewski: Mnogowidzenie jednooczne. Rumszewicz: Przyczynek do anatomii patologicznej t. zw. brodaweczek błony sprężystej naczyniówki (dok.)

— *Głos lekarzy* Nr. 1 zawiera: O nihilizmie lekarskim. — W sprawie pensyi dla wdów i sierót po lekarzach. — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w roku 1904 (c. d.) — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Pokłosie z prasy lekarskiej. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich. — Nasze Izby lekarskie. — Polskie Towarzystwo balneologiczne. — W sprawie epidemii duru plamistego. — Do czarnej księgi. — Odcinek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 52. Haškovec: Neuropathologické příspěvky (dok.). Müller: Dva případy maligniho chorionepitheliomu (dok.). Slavík: O aktinotherapii (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 102. Pagniez: Wzrost olbrzymi a dziecięcy. Page i Dardelin: Leczenie zapalenia nerek zapomocą „maceratio renalina porci.“

— Nr. 103. Dentu: Leczenie chirurgiczne przewlekłego zapalenia nerek. Carnot: Odruchy — przełykowo-ślinny i przełykowo-łzowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Kertész: Mechanizm wewnętrznego zadzierzgnienia jelit. Blaschko: Kiła jako zawodowa choroba lekarzy. Albrand: Przyczynek do uproszczenia metody badania jasności światła w ubikacyach zamkniętych. Güttler: Zalety i wady „typhus diagnosticum“ Fickera (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 52. Lange: Przyczynek do leczenia rwy kulszowej. Tabora: Fizykalne rozpoznanie wypociny opłucnowej. Lubliński: Przypadkowe zaszczepienie błony śluzowej nosa. Pfaehler: Przyczynek do kazuistyki przepukliny Littrego. Bloebaum: Doszczętne leczenie galwanokaustyką guza nosa. Petretto: Stosowanie balsamu paruwiańskiego w leczeniu ran. Wiesner i Dessauer: Stereoskopijne zdjęcia stosu pacierzowego i kości krzyżowej zapomocą „Kompressioneblende“. Bumke: W sprawie częstości występków u jednopłciowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Fernwald: Przyczynek do patologii i terapii włókniakomięśniaków macicy ciężarnej. Gobiet: Kazuistyczny przyczynek do pęknięcia wiotkich dróg porodowych. Wagner: Pooperacyjne zapalenie gruczołu przyusznego,

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 53. Wieting i Reschad Effendi: Patologia i anatomia zwężenia dwunastnicy nad brodawką na tle owrzodzenia. Aron: Nadzieje pokładane w wziewaniach tlenu podług najnowszych fizyologicznych badań. Franke: Ból w podeszwie i jego leczenie (dok.). Karewski: Technika doszczętnej operacyi blizn brzucha i przepuklin pępkowych. Pfister: Przyczynek do bocznych guzów przewodów skrzelowych.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 52 (od 25/XII do 31/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dziew. 44; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 9, kob. 18; zamiejscowych: męż. 7, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) grażlica: miej. 6, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 27, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 11 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdadzą sprawę z całorocznej działalności.

